



ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Lucie Vávrová**
Vedoucí práce: Mgr. Jana Andršová





EVALUATION OF A RISK OF CREATION OF PRESSURE ULCER IN CLINICAL PRACTICE

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Lucie Vávrová**
Supervisor: Mgr. Jana Andršová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Vávrová**

Osobní číslo: **Z09000080**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi**

Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

- 1) Zjistit, jakým způsobem sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů a na jaké pacienty v tomto směru zaměřují svou pozornost.
- 2) Zjistit, jakým způsobem si sestry předávají informace o pacientovi, který je rizikový pro vznik dekubitů a zda během hospitalizace toto riziko přehodnocují.
- 3) Zjistit vlastní zájem sester o tuto problematiku v rámci jejich profesního vzdělávání.

Teoretická východiska:

Problematika dekubitů patří mezi stálé ošetrovatelské problémy. Jejich vznik snižuje u pacientů významně kvalitu jejich života. Následná léčba bývá dlouhodobá a značně nákladná, čímž ekonomicky zatěžuje zdravotnická zařízení a rovněž, tak klade zvýšené nároky na péči ze strany zdravotníků. Jedná se o komplikaci, které je možné mnohdy kvalitní ošetrovatelskou péčí předcházet. Zajímala by mě tedy jaká je v ošetrovatelství současná situace na úrovni prevence vzniku dekubitů. S cílem zjistit, jaké postupy jsou všeobecnými sestrami využívány k včasnému zachytu a vyhledání rizikových pacientů při příjmu k hospitalizaci. Problematiku primární prevence se zaměřením na hodnocení rizika vzniku dekubitů bych ráda zmapovala ve více zdravotnických zařízeních. S cílem porovnat získané poznatky a vytvořit návrh vlastního standardu ošetrovatelské péče, který bych pak v rámci zpětné vazby nabídla zdravotnickým zařízením, které mi umožnily provést vlastní výzkum.

Výzkumné předpoklady:

Cíl 1:

- 1) Domnívám se, že sestry používají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové.
- 2) Domnívám se, že sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů.

Cíl 2:

- 3) Domnívám se, že sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace.
- 4) Domnívám se, že sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace přehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů.

Cíl 3:

- 5) Domnívám se, že sestry v rámci profesního vzdělávání nemají v oblasti dekubitů zájem o problematiku primární prevence, ale více se zajímají o metody moderního hojení ran.

Metoda:

- Kvantitativní Technika práce: - Dotazníkové šetření - zaměřené na směnné sestry
- Osobní šetření - management nemocnice, dokumentace Místo a čas realizace výzkumu:
- Interní oddělení

Oblastní nemocnice Trutnov a.s.

Městské nemocnice a. s., Dvůr Králové nad Labem

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Vzorek:

- Směnné sestry z interních oddělení
- 5 x osobní šetření (management nemocnice)

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1) ČIHÁK, Radomír. Anatomie 3. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 692 ISBN 80-247-1132-X.
- 2) GROFOVÁ, Zuzana. Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 248. ISBN 978-80-247-1868-2.
- 3) KRAJČÍK, Š.; BAJANOVÁ, E. Dekubity: prevence a léčba v praxi. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. s. 85. ISBN 978-80-89171-95-8.
- 4) MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s. 264 ISBN 80-247-1399-3.
- 5) MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 304. ISBN 978-80-247-1521-6.
- 6) MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ, N. Prevence dekubitů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s. 60 ISBN 978-80-247-2043-2.
- 7) NAŇKA, O.; ELIŠKOVÁ, M. Přehled anatomie. 2. vyd. Praha: Karolinum. 2009. s. 416 ISBN 978-80-246-1717-6.
- 8) RIEBELOVÁ, V.; VÁLKA, J. a kol. Trendy soudobé chirurgie: dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie. 1. vyd. Praha: Galén, s.r.o., 2000. s. 159. ISBN 80-7262-033-9.
- 9) TRACHTOVÁ, E.; FOJTOVÁ, G. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. s. 186. ISBN 80-7013-324-4.
- 10) POKORNÁ, A.; MRÁZOVÁ, R. Kompendium hojení ran pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. s. 191. ISBN 978-80-247-3371-5.
- 11) VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 256. ISBN 978-80-247-3419-4.

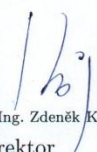
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Andršová

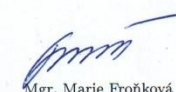
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 30. 6. 2014

Podpis: 

Studentka
Lucie VÁVROVÁ
Z09000080
Obránců míru 275/18
541 01 Trutnov – Horní Předměstí

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762


V Liberci dne 5. listopadu 2013
č.j.: 13/8515/042417-02

Vyjádření k žádosti o změnu zadání bakalářské práce, změnu vedoucího a prodloužení termínu odevzdání

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 10. 10. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/042417-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s novým tématem bakalářské práce „Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi“ pod vedením Mgr. Jany Andršové a s prodloužením termínu odevzdání do 30. 6. 2014.

S pozdravem


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Poděkování:

Děkuji Mgr. Janě Andršové za vedení mé bakalářské práce, za vstřícný přístup, cenné rady, podněty a připomínky. Rovněž děkuji Ing. Jakubovi Láskovi za pomoc při statistickém zpracování dat.

Dále děkuji vedoucím pracovnícím ošetrovateľských úseků a vrchním sestrám za umožnění výzkumu v jejich zařízeních a také všem sestrám, které věnovaly svůj čas vyplnění dotazníku.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině za podporu, kterou mi věnovali po celou dobu mého studia.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Lucie Vávrová

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Název práce: Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi.

Vedoucí práce: Mgr. Jana Andršová

Počet stran: 93

Počet příloh: 20

Rok obhajoby: 2014

Klíčová slova: dekubitus, riziko vzniku dekubitů, hodnotící škála, prevence, všeobecná sestra

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi. V teoretické části je definován pojem dekubitus, dále mechanismus jeho vzniku a faktory, které se na jeho vzniku podílí. Zabývá se i zhodnocením rizika vzniku dekubitů za pomoci hodnotících škál. Ve výzkumné části jsou zpracována data z dotazníkového a z osobního šetření. Respondentkami byly směnné sestry z vybraných oddělení Krajské nemocnice Liberec a.s. a vedoucí pracovnice ošetrovatelského úseku z vybraných pěti nemocnic. Na základě získaných informací a výsledků jsem vytvořila návrh standardu ošetrovatelské péče se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů.

Anotace v anglickém jazyce

Name and Surname:	Lucie Vávrová
Institution:	Technická univerzita v Liberci Ústav zdravotnických studií
Title:	Evaluation of a risk of creation of pressure ulcers in clinical practice.
Supervisor:	Mgr. Jana Andršová
Pages:	93
Apendix:	20
Year:	2014
Key Words:	Pressure ulcer, risk of creation of pressure ulcers, rating scale, prevention, general nurse

Summary:

My bachelor paper is focused on the evaluation of a risk of creation of pressure ulcers in clinical practice. In the theoretical part the term pressure ulcer is defined, further the mechanism of its creation and factors which contribute to the creation. And the theoretical part deals with the evaluation of a risk of creation of pressure ulcers with the help of rating scales. In the research part data is processed in a form of the questionnaire and the personal investigation. The respondents were nurses from the selected departments of the regional hospital of Liberec and leading workers of a nursing section from five selected hospitals. Based on the obtained information and results I created a suggestion of my own standard of nursing care focusing on the prevention of creation of pressure ulcers.

Obsah:

1	ÚVOD.....	12
2	TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1	Kůže (cutis, derma)	13
2.2	Dekubity (decumbere).....	16
2.2.1	Mechanismus vzniku	17
2.2.2	Predilekční místa.....	17
2.2.3	Faktory ovlivňující vznik dekubitů.....	18
2.2.4	Klasifikace dekubitů	23
2.3	Hodnocení rizika vzniku dekubitů	25
2.3.1	Doplňující škály k odhalení deficitu soběstačnosti a výživového stavu pacienta	31
2.4	Preventivní ošetrovatelská péče	33
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
3.1	Cíle a hypotézy práce	37
3.2	Metodika výzkumu.....	38
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
3.4	Výsledky výzkumu a jeho analýza	40
3.4.1	Analýza dotazníkového šetření zaměřeného na směnné sestry (dále jen respondentky)	41
3.4.2	Analýza osobního šetření zaměřeného na vedoucí pracovnice ošetrovatelského úseku vybraných pěti nemocnic.	56
3.4.3	Záznam o provedeném osobním šetření	64
3.4.4	Statistické vyhodnocení hypotéz	67
4	DISKUZE	72
5	NÁVRH NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	82
6	ZÁVĚR.....	83
7	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	86
8	SEZNAM GRAFŮ	90
9	SEZNAM TABULEK	91
10	SEZNAM PŘÍLOH	93

1 ÚVOD

Téma „Zhodnocení rizika vzniku dekubitů“ jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala, protože se domnívám, že problematika dekubitů je stálým ošetrovatelským problémem. Dekubity vznikají jako komplikace při dlouhodobém pobytu na lůžku. Při jejich vzniku se významně snižuje kvalita života postiženého pacienta, prodlužuje se délka hospitalizace a nemocničním zařízením se zvyšují náklady na obvazový materiál. Ve vážných případech mohou vzniklé dekubity přispět také k mortalitě postižených pacientů. Je tedy zapotřebí dodržovat systém preventivních opatření, kterými je možné výskytu dekubitů zabránit, nebo alespoň snížit předpoklad jejich vzniku. Obecně také platí, že preventivní péče je vždy levnější, než péče sekundární. K tomu, abychom mohli na pacienta aplikovat preventivní opatření prostřednictvím ošetrovatelských intervencí, je dobré znát míru jeho rizika pro vznik dekubitů. Předjdeme, tak zbytečnému zatěžování nebo naopak, zanedbání péče ze stran ošetřujícího personálu vůči danému pacientovi.

Svou bakalářskou práci jsem se tedy snažila postavit tak, abych zjistila, jaká je v ošetrovatelství současná situace na poli prevence vzniku dekubitů. Konkrétně jsem se zaměřila na první krok, který předchází samotnému poskytování preventivní ošetrovatelské péče, tedy na včasný záchyt a identifikaci rizikových pacientů pro vznik dekubitů. Jednalo se mi tedy o zjištění postupů, které jsou všeobecnými sestrami využívány pro odhalení pacientů s rizikem vzniku dekubitů. Tyto postupy jsem odhalovala prostřednictvím dotazníkového šetření. Do své výzkumné práce jsem rovněž zahrнула osobní šetření, které jsem zaměřila na standardy ošetrovatelské péče.

Pro svou práci jsem si stanovila tři cíle a k nim odpovídající hypotézy. Zajímalo mě, jakým způsobem sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů a na jaké pacienty v tomto směru zaměřují svou pozornost. Dále jsem zjišťovala, jak si sestry předávají informace o pacientovi, který je rizikový pro vznik dekubitů a také zda během hospitalizace toto riziko přehodnocují. V neposlední řadě jsem se chtěla dozvědět, jaký mají sestry vlastní zájem o danou problematiku v rámci jejich profesního vzdělávání.

Jako výstup z mé bakalářské práce, bych z veškerých získaných informací, chtěla vytvořit vlastní návrh standardu ošetrovatelské péče se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů. Domnívám se, že takový návrh by se mohl podílet na systému preventivních opatření, které slouží k zabránění, nebo snížení výskytu vzniku dekubitů.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kůže (cutis, derma)

Kůže je považována za významný orgán lidského těla, který chrání zevní povrch organismu před, fyzikálními, chemickými a mikrobiologickými vlivy vnějšího okolí. Plocha kůže je značně rozsáhlá. U dospělého jedince činí téměř 2 m². Její hmotnost dosahuje, 3–4,5 kg čímž zaujímá z celkové hmotnosti těla přibližně 8 %. Tloušťkou se pohybuje v rozmezí od 0,5 do 4 mm. Tento rozdíl je závislý na tělesné lokalizaci, výživě a také věku daného jedince. (2, 18)

Stavba kůže

Kůže je tvořena povrchovou pokožkou (epidermis) a hlouběji uloženou škárou (dermis). Dále pak podkožním vazivem (tela subcutanea) a deriváty pokožky, mezi něž řadíme: ochlupení, vlasy a nehty. Kožní ústrojí je dále tvořeno potními a mazovými žlázami a jeho součástí je také žláza mléčná. (1, 2, 3, 18, 22)

Pokožka (epidermis)

Povrchová vrstva kůže pokožka je tvořena pěti vrstvami dlaždicového, rohovějícího epitelu o síle 0,03–0,1 mm, který je tvořen čtyřmi typy buněk o různých funkcích. V nejhlubší vrstvě pokožky se nacházejí kmenové buňky tzv. keratinocyty, které zajišťují regeneraci kůže, procesem nazývaným keratinizace. Další buňky, které jsou zde uložené, se nazývají melanocyty. Tvoří kožní pigment tzv. melanin, který kůži chrání před poškozením UV zářením a také se podílí na hnědém zabarvení kůže. Třetím typem buněk jsou buňky imunitní, které kůži ochraňují před pronikajícími mikroorganismy a posledním typem buněk, jež pokožka obsahuje, jsou Merkelovy buňky, které mají povahu mechanoreceptorů. (3, 13, 18)

Škára (dermis, corium)

Jedná se o silnou vrstvu vazivové tkáně, jejíž šíře činí 0,5–3 mm. Lokalizována je pod pokožkou a rozlišována je na povrchovou a hlubší. Tvořena je z elastických vláken, vazivových a tukových buněk a velkého množství krevních a lymfatických cév. Ze škáry do pokožky vystupují bradavkovité výběžky, v kterých se nacházejí

receptory kožního cití. Na bříšcích prstů škára vybíhá v tzv. kožní lišty, které jsou pro každého člověka naprosto jedinečné. Tohoto faktu je v kriminalistice využíváno k identifikaci osob. (2, 13, 18)

Podkožní vazivo (Tela subcutanea)

Je utvořené do pruhů, které nasedají na fascie a periost, mezi nimiž a kůži tvoří spoj. V těchto spojích je kůže nepohyblivá, a tudíž zde nedochází k hromadění tuku v takové míře jako v okolí. Tato místa jsou při dlouhodobě vyvinutém tlaku ohrožena stlačením kožních cév s následným rizikem vzniku dekubitů. V místech, kde podkožní vazivo není fixované ke spodině, dochází k růstu tukových lalůčků a vzniku tukového polštáře. Ten funguje jako úložiště zásobních látek a také jako tepelná a izolační ochrana. (1, 3)

Kožní deriváty

Za deriváty pokožky jsou považovány chlupy (pili), vlasy (capili), nehty (ungui) a také kožní žlázy. (3)

Chlupy, vlasy, nehty

Vlasy a chlupy jsou utvořené z kmene a z kořene, který je ukotven do vlasového míšku, na jehož povrchu se nachází nervová zakončení a drobné kožní svaly. Vyrůstají ve třech vrstvách z vlasové cibulky, která tvoří základnu vlasového míšku. Za cévní zásobení jsou zodpovědné cévy, které se nacházejí ve škáře.

Nehty jsou charakterizované jako ploténky rohového tvaru o síle 0,5 mm, které se nachází na hřbetech posledních článků prstů rukou i nohou. Stavebním materiálem jsou zrohovatělé buňky epidermis a základnu pro růst nehtu tvoří nehtové lůžko. (1, 13, 18)

Kožní žlázy

Ve škáře se nacházejí dva typy kožních žláz a to žlázy potní (glandulae sudoriferae) a mazové (glandulae sebaceae). Mazové žlázy jsou lokalizovány v těsné blízkosti vlasů a chlupů. Prostřednictvím mazových vývodů vylučují do krčků vlasů nebo chlupů polotekutý maz (sebum) tvořený z lipidů, proteinů a solí, který odsud prostupuje na povrch kůže, kde plní funkci tenké ochranné vrstvy.

Dalším typem kožních žláz, které jsou umístěné ve škáře, jsou žlázy potní. Produkují tekutinu zvanou pot (sudor). Vzniká z tkáňového moku a tvořena je převážně vodou a chloridem sodným. Tvorbou a odpařováním potu je regulována teplota mezi tělem a vnějším prostředím. Denní tvorba potu bývá proměnlivá v závislosti na teplotě těla, vnějšího prostředí a fyzické aktivitě. Rozlišovány jsou dva typy potních žláz. Žlázy ekrinní, které jsou rozprostřené po celém těle a žlázy apokrinní neboli tzv. pachové, které se nacházejí zejména v oblasti pubického ochlupení a kůže zevních pohlavních orgánů. (2, 13, 18)

Funkce kůže

Kůže plní vůči organismu velké množství funkcí. Jednou z nich je funkce ochranná, která má za úkol chránit vnitřní organismus před pronikáním mikroorganismů ze zevního prostředí, před škodlivým UV zářením, před vysycháním kůže a také před nepříznivými mechanickými vlivy.

Dále pak zprostředkovává prostřednictvím kožních receptorů smyslové vnímání tepla, chladu, doteku a za pomoci nervových vláken umožňuje registrování a pocítění bolesti.

Nedílnou schopností kůže je funkce termoregulační. Svou tloušťkou a rozsáhlou plochou funguje vůči zevnímu prostředí jako izolační vrstva, která chrání vnitřní prostředí těla před prochladnutím. Na regulaci tělesné teploty se také podílejí změny v prokrvení kůže a v množství vydaného potu. Dále pak tělesné ochlupení a vlasová pokrývka hlavy.

Vzhledem k tomu, že se v podkožním vazivu nachází značné množství tuku, můžeme říci, že kůže funguje jako rezervoár energie. Je zde uložena skupina vitaminů (A,D,E,K), které jsou rozpustné v tucích. Vitamín D je produkován kůží a to na základě působení slunečního UV záření.

Další z mnoha funkcí kůže je funkce vylučovací. Za tu jsou zodpovědné zejména potní a mazové žlázy. Pot je svým složením kyselý, tudíž se podílí na ochraně kůže před množением a růstem patogenů. Za fyziologických podmínek dochází denně k nepatrnému pocení.

Poslední funkcí kůže je funkce resorpční. Vzhledem k tomu, že je mastná a tedy pro vodu a látky na vodní bázi nepropustná, je možné do ní absorbovat pouze substance,

které jsou rozpustné v tucích, proto se pro terapeutické účely využívá mastí a krémů. (2, 13, 20, 22)

2.2 Dekubity (decumbere)

Pojem dekubitus pochází z latinského decumbere, což je překládáno jako položit, či lehnout si. Z tohoto překladu vznikl užívaný termín proleženina. Tyto defekty se vyskytují u nemocných, jež jsou dlouhodobě upoutáni k lůžku. Odtud tedy pramení původ pro toto označení.

Dekubitus je definován jako oblast lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených hlubších struktur, který vzniká v důsledku dlouhodobého jednorozměrného působení tlaku nebo třecích sil. Z důvodu narušené mikrocirkulace, reaguje kůže nebo podkožní tkáň na toto působení lokálním oběhovým selháním. Dochází tedy k ohraničenému odúmrťí tkáně. Na vzniku dekubitů se nepodílí pouze faktory ze zevního prostředí, ale také mnoho faktorů vnitřních. Dekubitus se může také objevit ve vnitřních orgánech a to v důsledku tlakového působení naléhajících katétrů či kanyl.

Každý vznik dekubitu je považován za závažnou komplikaci, která ztěžuje a prodlužuje pacientovu léčbu a může vést až k jeho úmrtí. Ošetřování těchto defektů je ekonomicky značně nákladné, a proto je velmi důležitá prevence. Dříve se lékaři domnívali, že dekubity vznikají u ležících pacientů spontánně a to v důsledku nervových výpadků. Toto tvrzení se u nás podařilo vyvrátit teprve profesoru Benešovi, který jako první prokázal, že důkladnou prevencí je možné vzniku dekubitů předcházet.

Tvorba dekubitů je považována za celosvětový problém, a proto je nesmírně důležitá pravidelná osvěta a to nejen zdravotnických pracovníků, ale také široké veřejnosti, která o své blízké pečuje v domácím prostředí, protože dle údajů Národního referenčního centra se do nemocničních zařízení dostává z domova až na 30 % pacientů s již vzniklým dekubitem. Nejčastěji jsou ohroženi lidé vyššího věku. Vlivem stárí dochází k postupnému snižování schopnosti sebepéče, mnohdy až s přechodem do imobility. Tento fakt, je považován mimo jiné za jeden z významně negativních faktorů, který zapříčiňuje vznik těchto kožních defektů. (4, 11, 15, 20, 21, 26, 32)

V tiskové zprávě ministerstva zdravotnictví z listopadu roku 2013 byla uveřejněna data Národního referenčního centra o výskytu dekubitů v České republice z období od roku 2009 do října roku 2013. Do sběru těchto dat bylo zapojeno na deset krajských i fakultních nemocnic. Na základě těchto výsledků se výskyt dekubitů pohyboval v rozmezí od 5,46 % (692 z 13 538) do 3,49 % (925 z 28 094). S nejvyšším zastoupením se dle stupně poškození vyskytovaly dekubity 2. stupně a to až v 36 %. Následovaly dekubity 1. stupně se zastoupením v 27 %, poté dekubity 3. stupně s výskytem ve 24 % a s nejnižším zastoupením se objevovaly ve 14 % dekubity 4. stupně. Toto průzkumné šetření odhalilo nejvyšší výskyt dekubitů na jednotkách intenzivní péče, v léčebnách dlouhodobě nemocných a dále na interních a chirurgických odděleních. Nejfrekventovanější predilekční oblastí zasaženou dekubitem byly u sledovaných pacientů paty, křížová oblast a také hýždě. (32)

2.2.1 Mechanismus vzniku

Na vzniku dekubitů se podílí celé množství faktorů, avšak za primární příčinu je považováno dlouhodobé působení tlaku na tkáň a cévy, kterým se v důsledku jejich stlačení nedostává dostatečné množství kyslíku a také živin. Tento tlak, který je na tkáň vyvíjen se v odborné literatuře označuje jako kontaktní. V cévách dochází k proudění krve a mízy pod určitým tlakem, jehož hodnoty však nepřesáhnou 32 mm Hg. V moment, kdy kontaktní tlak převyší v kapilárách hodnoty normálního krevního tlaku, dojde v místě působení kontaktního tlaku ke snížení až k zástavě průtoku krve krevním řečištěm. Vzhledem k tomu, že postižená oblast nemá potřebný přísun výživy a kyslíku, prohloubí se hypoxie s následným rozvinutím ischemie až s rozvojem nekrózy. (15, 23, 24)

2.2.2 Predilekční místa

Tímto termínem jsou označována riziková místa pro vznik dekubitů. Jedná se o oblasti, kde se kosti nacházejí lehce pod povrchem kožního krytu a nejsou izolovány dostatečnou vrstvou tuku. Jsou to lokality, které jsou nejvíce vystavené působícímu tlaku, který se vyvine při zatížení těla vlastní hmotností. Tato riziková místa se odvíjejí od změny polohy nemocného.

Pro pacienta, který je ležící v poloze na zádech, je rizikovým místem pro vznik dekubitů oblast nad kostí tylní, nad trnem 7. krčního obratle, ale také nad trny lopatek a loketních kloubů. Dále pak oblast kosti křížové a okolí patních kostí.

Při změně polohy pacienta na bok se působící tlak přesouvá na boční polovinu a těla a rizikovým místem pro vznik dekubitů se stává plocha nad kostí spánkovou, nad ramenním a kyčelním kloubem. Dále zevní oblast kolenního kloubu, ale taktéž prostor mezi koleny. Posledním rizikovým místem je v této poloze okolí zevního kotníku.

Rotování pacientem do pozice na břicho se v ošetrovatelské praxi běžně nevidí, přesto jsou literaturou uváděna predilekční místa i pro tuto polohu. Riziková je tedy oblast nad lící kostí, čelo, ucho a také hřebeny kyčelních kostí, kolena a plocha nad palci. (5, 14, 24)

2.2.3 Faktory ovlivňující vznik dekubitů

Mezi tyto činitele, jež se podílejí na vzniku dekubitů, řadíme faktory místní a celkové označované taktéž jako vnější a vnitřní. V následujícím textu bakalářské práce budou rozčleněny a popsány podrobněji. (8, 20)

Místní faktory

Jedná se o činitele, které na tkáň působí ze zevního prostředí. Rozlišujeme je na vlivy mechanické a na vlivy chemické. (20)

Mechanické vlivy

Intenzita a délka působení tlaku

Při působení vysokých kontaktních tlaků se mohou dekubity objevit i po velmi krátkém trvání. Riebelová udává, že u kriticky nemocných pacientů je možný rozvoj dekubitu již po půl hodině působení kontaktního tlaku. Stejně, tak mohou vzniknout při dlouhodobém působení nižších kontaktních tlaků.

Tlak situovaný na určitou oblast stlačuje kapiláry, čímž tkáni zabraňuje dostatečný přísun kyslíku a také živin. Ve stlačené oblasti se kumulují odpadní látky, prohlubuje se anoxie a tkáň postupně odumírá.

Za fyziologických podmínek reaguje tkáň na přerušení tlakové ischemie reaktivním překrvením tkáně. Toto červené zbarvení vzniká jako reakce na rozšíření cév

a obnovení krevního průtoku. Jedná se o kompenzační mechanismus, jehož úkolem je odstranit nahromaděné odpadní látky a stlačenou tkáň opětovně vyživit a okysličit. Tento mechanismus trvá přibližně polovinu až tři čtvrtě délky, po kterou tkáň nebyla dostatečně vyživena. Přesto se však při déle působícím tlaku mohou na tkáni vyvinout ireverzibilní změny, které již ani kompenzační mechanismus není schopen zvrátit.

Tento důležitý fakt je potřeba mít na paměti v rámci prevence i léčby a dodržovat pravidelné polohování pacientů, tak abychom tkáním dali dostatečný prostor k obnově perfuze. (5, 15)

Tření

Třecí síla způsobuje mechanické narušení kožní integrity, čímž ji vystavuje možnému rozvinutí infekce. Tento nenápadný děj způsobuje na povrchu kůže z počátku jemné oděrky, které se však mohou rozvinout v postupnou tvorbu dekubitů. K třecí síle dochází velmi často v situacích, kdy je pacient v lůžku vysazen do tzv. polosedu. V této poloze se nemocní mnohdy sesouvají do dolní části lůžka. Při tomto sesunu dochází ke tření kůže o prostěradlo, ale také shrnutí, či rolování podložky a osobního prádla. V rámci prevence je tedy vhodné udržovat lůžko řádně vypnuté. Z mé vlastní zkušenosti vím, že se v ošetrovatelské praxi k zabránění nebo zmírnění tohoto děje využívá polohovacích pomůcek. Mnohdy se využívá kostky, či válce, který je umístěn před pacientova chodidla. Úkolem těchto pomůcek je eliminovat skluz pacienta v lůžku. (5, 21, 24, 26)

Střížná síla

Tento mechanický vliv se nejčastěji uplatňuje, stejně tak jak je tomu u třecí síly v momentě, kdy pacient zaujímá polohu již zmiňovaného polosedu. Sesun pacienta do dolní části lůžka vzniká v důsledku zemské přitažlivosti. Při tomto sesunu se kůže, podkoží a níže uložená svalovina dostávají do protichůdného pohybu. Tento fakt vede k rozpínání a ohýbání cév, ale také k jejich vazokonstrikci, což způsobuje nedostatečné prokrvení postižené tkáně. Ke střížné síle dochází také v situacích, kdy je s pacientem v lůžku nevhodně manipulováno. Což znamená, že pacient není nadzvednut, ale je po podložce lůžka silou vytahován nebo sunut.

Většinou však dochází u pacienta ke kombinaci obou výše zmíněných sil, tedy síly třecí a síly střížné. Toto dvojí seskupení je označováno jako tzv. efekt „Z“. (5, 15, 8, 21)

Chemické vlivy

Vlhkost

Vlhké lůžkoviny vedou ke zvýšení třecí síly a k maceraci povrchové vrstvy kůže. K zavlhnutí ložního prádla, k zapaření a narušení kožní integrity dochází při inkontinenci moči a stolice, ale také při zvýšeném tělesném pocení. Narušený povrch kůže se stává otevřenou bránou pro možné proniknutí a rozvinutí infekce a pacient je tak vystaven možnému vzniku dekubitu.

V rámci kvalitní ošetrovatelské péče je tedy nezbytně nutné udržovat pacienta v čistém, vypnutém a suchém lůžku. U inkontinentních pacientů je také nezbytná správná volba absorpčních pomůcek a jejich pravidelná výměna. Pokud ošetřující personál dostatečně nekontroluje stav pacientových lůžkovin a obsah pleny a pacient je ponechán v zavlhlém lůžku, či promočené nebo stolicí znečištěné pleně je možné hovořit o zanedbání ošetrovatelské péče. (7, 15, 26)

Celkové faktory

Pohlaví

Je potvrzeno, že ženy jsou pro vznik dekubitů rizikovější než opačné pohlaví. Ženy totiž mívají oproti mužům větší množství tukové vrstvy a tato lipidová tkáň má vůči kontaktnímu tlaku sníženou odolnost. (15, 26)

Věk

Ve stáří dochází ke snížení pružnosti a odolnosti kůže, čímž se zvyšuje náchylnost k poranění. Oproti mladým lidem je kůže u seniorů méně prokrvená. Tento fakt, tak negativně ovlivňuje proces tkáňové regenerace. Riebelová udává, že až 71 % pacientů postižených dekubity jsou osoby ve věkové kategorii nad 70 let. (5, 15, 21)

Mobilita

Za normálních fyziologických podmínek je pro člověka samozřejmé reagovat změnou polohy na nepohodlí vyvolané kontaktním tlakem. Člověk, tak během dne vykoná nespočet spontánních pohybů. Může však dojít k situacím, kdy je u jedince schopnost spontánně reagovat na stlačení tkáně narušena. Děje se tak například u pacientů, kteří trpí poruchou vědomí, poškozením mozku, nervů, apatií, letargií či úplnou nebo částečnou poruchou hybnosti. (14, 15)

Poruchy nutriční

Dalším rizikovým faktorem, který podněcuje riziko vzniku dekubitů je stav nedostatečné výživy. Neodpovídající nutriční způsobuje ztráty tělesné hmotnosti, podkožního vaziva a může přejít až ve svalovou atrofii. U nedostatečně vyživovaného jedince dochází také ke snížení obranyschopnosti. Není pravidlem, aby habitus neadekvátně živého nemocného působil vždy pohublým dojmem. Stává se, že i pacienti s nadváhou či obezitou mohou trpět malnutricí. V takovém to případě hovoříme o skrytém výživovém deficitu. Nesprávný, či neodpovídající přísun stravy vede v těle dotyčného jedince ke snížení množství bílkovin. Tento stav je odborně nazýván jako tzv. hypoproteinémie. Vyvolává negativní dusíkovou bilanci, která přispívá k tvorbě edému. Ten je zodpovědný za snížení tkáňové perfuze. Při nedostatečném stravování se jedinci nedostává dostatečné množství vitamínu C, železa a také zinku. Nedostatek těchto prvků vede ke snížení syntézy kolagenu.

V takových to situacích je vhodné během dne doplnit denní stravu nemocného o vysoce energetické nápoje, které jsou určeny k popíjení během dne. Existují také speciálně sestavené drinky s vysokým zastoupením bílkovin, které jsou vhodné pro pacienty, kteří jsou již dekubity postiženi. Všeobecná sestra podává tyto výživové přípravky pacientům na základě ordinace lékaře. Jedná se o džusové a jogurtové nápoje o různých příchutích, což všeobecné sestře umožňuje po domluvě s pacientem vybrat přípravek, který bude nemocný s chutí popíjet. (5, 8, 14, 15, 28)

Hydratace

Je-li pacient nedostatečně zavodněn, dochází u něho ke snížení kožního turgoru s následným vznikem kožních řas. Kůže, která je vysušená má sklon ke vzniku oděrek a kožních poranění. Naopak, je-li organismus příliš zavodněn, kožní turgor se zvyšuje a po těle dochází k tvorbě otoků. V tomto případě je kůže také náchylná k narušení kožní celistvosti. (15)

Tělesná hmotnost

Vychýlení od normální tělesné hmotnosti je pro pacienta rovněž jedním z rizikových faktorů pro možné rozvinutí vzniku dekubitů. Hubení až kachekticky nemocní nemají dostatečnou tukovou vrstvu, která ochraňuje svalovinu před působením mechanického tlaku. U těchto pacientů se zvyšuje riziko přímého působení tlaku na kost. Lépe na tom nejsou ani pacienti, kteří se zařazují do kategorie obézních. Tito

lidé se častěji potí a to zejména v kožních záhybech. Nejen, že mají sklon ke vzniku opruzenin, ale jsou také ohroženi macerací kůže. Obtížné a nepohodlné se stává u těchto pacientů také polohování a to nejen pro ně samotné, ale také pro ošetřující personál, u kterého dochází k vertebrogennímu zatížení. (7, 15, 26)

Inkontinence

Pacienti, kteří trpí inkontinencí moče a stolice jsou vystaveni možnému vzniku chemické popáleniny a to z důvodu agresivního působení silných kyselin a zásad, které exkrementy obsahují. Při delším nebo opakujícím se pobytu pacienta ve znečištěném lůžku, či pleně hrozí nemocnému riziko vzniku macerace pokožky a rovněž rozvinutí opruzenin. Takto narušený povrch kůže, je otevřený zevnímu prostředí čímž usnadňuje infekci její proniknutí s rozvinutím obávaného dekubitu. Inkontinentní pacienti vyžadují zvýšenou péči ze strany ošetrovatelského personálu. Časté omývání znečištěné tělesné plochy však kůži zbavuje přirozených ochranných látek a proto je vhodné používat pro očištění speciálně vyvinuté ochranné prostředky. (15, 26)

Cévní faktory

Na narušení krevního průtoku nebo změnu přítomného množství krve, kůže reaguje snížením své odolnosti. Pacienti, u nichž došlo k šoku, se selháním periferních cév jsou výrazně ohroženi rozvinutím dekubitu. Dalším nepříznivým cévním faktorem, který přispívá ke zvýšení rizika, pro vznik dekubitu je kouření a s ním spojené cévní poruchy. Na riziku pacienta pro vznik dekubitu se dále pak, také podílí přítomnost kornatění tepen nebo anémie, která zabraňuje fyziologickému účinku reaktivního překrvení tkáně. (26)

Zdravotní stav

U pacientů, kteří jsou dlouhodobě chronicky nemocní, je předpoklad pro riziko vzniku dekubitu zvyšován.

Má-li jedinec poškozený centrální nervový systém, dochází u něho k významnému snížení odolnosti tkáně na působící tlak. Velmi riziková jsou tedy pacienti s porušením míchy a pacienti s poruchou mozkové činnosti. Trachtová udává, že 25–40 % pacientů s poruchou míchy má po těle přítomné dekubity. Riziko vzniku proleženin je také rozvíjeno u lidí, u nichž došlo v důsledku cévní mozkové příhody k ochrnutí části těla. Tato nehybnost jim znemožňuje vnímat nepohodlí při přetrvávajícím působení

kontaktního tlaku a je tedy na ošetřujícím personálu, aby pacienta pečlivě polohoval a poskytoval mu v rámci prevence, co nejlepší možnou péči.

Dalším rizikovým onemocněním je choroba zvaná diabetes mellitus. U pacientů s touto nemocí se jako pozdní komplikace rozvíjí diabetická neuropatie, která způsobuje snížení až ztrátu citlivosti na ploškách dolních končetin. V důsledku snížené citlivosti a prokrvení je ztížen a také prodloužen proces hojení vzniklých oděrek a ran. U těchto pacientů je nejrizikovějším predilekčním místem pro vznik dekubitu oblast paty a to právě pro sníženou vnímavost nepříjemného kontaktu s podložkou.

Dalšími rizikovými jedinci jsou pacienti s vážnými popáleninami, s polytraumaty nebo chirurgičtí pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko např. z důvodu extenze či sádrového obvazu. Dále pak kardiaci, nemocní trpící anémií, či depresivní pacienti pod vlivem sedativ. (15, 26)

2.2.4 Klasifikace dekubitů

Posuzování dekubitů je dle odborné literatury rozlišováno do tří, čtyř až pěti stupňů. V České republice je nejčastěji používána čtyř stupňová klasifikace dekubitů dle doporučení Evropského poradního sboru pro otázky proleženin dále jen EPUAP. Tuto klasifikaci přijala v roce 2003 na odborném kongresu v Tampere Česká společnost pro léčbu rány. Na základě jejího odborného působení byla ve většině zdravotnických institucích přijata právě tato hodnotící stupnice.

Při posuzování dekubitů je potřeba znát rovněž fakt, že léze vznikající tlakem, prostupují na povrch z hlubších vrstev. (20)

Klasifikace dekubitů dle EPUAP

První stupeň je charakterizovaný zarudnutím při neporušené celistvosti kůže. Prvotním symptomem tohoto stádia je bolest, pálení anebo svědění v zarudnuté oblasti. Toto postižení kůže je možné při včasném odborném zásahu zvrátit.

Druhý stupeň je po anatomické stránce charakterizovaný poškozením kůže i podkoží. Původní zarudnutí přechází do fialovo-červené barvy. Dochází k tvorbě puchýřů, které se plní světlou tekutinou a místy dochází k jejich prasknutí. Toto stádium je stejně, tak jako stádium první reverzibilní.

Při třetím stupni dekubitu je anatomicky poškozena pokožka, škára a také podkoží. Fialovo-červené zbarvení se přeměňuje do žluto-hnědé až černo-hnědé barvy,

což je známkou odumírající tkáně a tudíž rozvíjející se nekrózy. Dekubitus prostupuje kráterovitě do hloubky. Sekrece z defektu bývá serózní až hnisavá a samotné okolí rány může být podminované.

Čtvrtý stupeň dekubitu bývá nebolestivý a to v důsledku poškození až zničení tkáňových nervů. Kráter se prohlubuje, až dochází k poškození svaloviny a obnažení kostí. (11, 20)

Danielova klasifikace dekubitů

Posuzování dekubitů dle pětistupňové Danielovy klasifikace je po hodnocení dekubitů dle EPUAP hned druhou nejčastěji užívanou stupnicí pro posouzení stádia proleženin. Dle této klasifikace je první stupeň dekubitu charakterizovaný začervenáním kůže. Pokud se dekubitus rozvine do druhého stupně, tak na povrchu kůže dochází dle Daniela k vzniku vředů. Při třetím stupni poškození se rozvíjí nekróza podkožního tuku. Přejde-li dekubitus do čtvrtého stupně, tak dochází vyjma kostí k poškození všech hlubokých struktur. Poslední páté stádium je typické pro rozsáhlé nekrózy, záněty kostní dřeni s rozpadem kostí nebo s poškozením kloubů. (27)

Klasifikace dekubitů dle Torrance

Torrance rozlišuje čtyři stupně dekubitů, přičemž první stupeň rozvíjí do dvou bodů. První bod prvního stupně popisuje jako tzv. stadium blednoucí hyperémie, což vysvětluje tak, že tlak prstu v zarudnuté oblasti ponechává na kůži místo, které postupně bledne. To tedy znamená, že kůže není poškozená. Druhý bod prvního stupně je charakterizován jako stadium tzv. neblednoucí hyperémie. Erytém již na stlačení nereaguje blednutím a místo zůstává začervenalé. Tento symptom napovídá o tom, že je narušena mikrocirkulace a objevit se mohou rovněž povrchová kožní poranění. Torrance popisuje druhý stupeň dekubitu jako poškození prostupující do podkožní tkáně. V kůži tedy dochází k postupnému rozvinutí vředového defektu. Pokud se tento defekt rozšíří až do podkožní tukové vrstvy, jedná se dle Torrance již o třetí stupeň dekubitu. O čtvrtém stupni hovoří v případě rozpadu tkáně a v moment, kdy infekční nekróza prostupuje do spodiny fascie. (26)

Hodnocení dekubitů dle Válka

Válek taktéž definuje vývoj dekubitárního poškození do čtyř stupňů. První stádium popisuje jako stav, který je možný zvrátit. Místo poškození je začervenalé, oteklé a kůže je drsná s tendencí se olupovat. V tomto stádiu není porušena mikrocirkulace. Druhé stádium charakterizuje jako přítomnost nekrózy v podkoží a v tukové vrstvě. Třetí stupeň dekubitu je Válkem popisován rovněž jako přítomnost nekrózy, ale již s ohraničeným zánětlivým lemem. Poslední, čtvrté stádium připisuje infikovaným, rozsáhlým dekubitům o různé hloubce s možností výskytu množství dutin a chobotů. Defekty tohoto stupně bývají rozsáhlé až ke kosti a na základě přítomné infekce bývají zapáchající s vytékajícím sekretem. (26)

Seilerovo posouzení vzhledu dekubitů

První stupeň dle této klasifikace je popisován, jako rána, která je čistá, granulující bez známek rozvíjející se nekrózy. Druhý stupeň je Seilerem posuzován jako nečistá rána, bez infekce v okolí, ale s přítomností zbytků nekroz. Třetí stádium je hodnoceno stejně, jako je tomu při druhém stupni poškození. Okolí je však navíc postiženo prostupující infekcí a organismus reaguje příznaky na přítomnost celkové sepse. (26)

2.3 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

V České republice byl v rámci preventivní ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních zaveden v devadesátých letech systém pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů. Jedná se o screening rizikových pacientů prostřednictvím speciálně sestavené hodnotící škály, jejichž úkolem je u pacientů toto riziko včasné zachytit. Na základě doporučených postupů, jak uvádí Pokorná, je vhodné riziko pro vznik dekubitů u hospitalizovaných pacientů zhodnotit vždy do 24 hodin od jejich přijetí k hospitalizaci. Nejdéle však do 48 hodin od zahájení hospitalizace a to jen v případě, že je pacient v ohrožení života a přednost mají úkony, které vedou k jeho záchraně. Pro všechny zdravotníky je důležité mít na paměti a uvědomit si, že hlavním cílem poskytované kvalitní ošetrovatelské péče, není dekubity léčit, ale především jejich samotnému vzniku předcházet. To tedy znamená, že v této oblasti je nesmírně důležitá prevence, přičemž samotným prvním krokem k odhalení rizikových pacientů je správné a včasné použití hodnotících škál. Získaný výsledek všeobecná sestra pečlivě zanes

prostřednictvím písemného záznamu do ošetrovatelské dokumentace. Pokud jí na základě hodnotící škály pacient vzejde jako rizikový, informuje o této situaci také lékaře, ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, samotného pacienta a rovněž tak i jeho rodinu.

Všeobecná sestra si nadále u pacienta sestaví individuální ošetrovatelský plán, na základě něhož pacientovi poskytuje, co nejlepší možnou preventivní péči s cílem eliminovat riziko porušení kožní a tkáňové integrity.

Vzhledem k tomu, že vývoj zdravotního stavu pacienta se může ubírat různým směrem, je nezbytně nutné, aby bylo pacientovo riziko pro vznik dekubitů v průběhu hospitalizace přehodnocováno a to vždy v pravidelných intervalech anebo při jakékoliv změně pacientova stavu. Mikula a Müllerová doporučují rozpětí pro přehodnocení v časovém rozsahu maximálně jednou za den a minimálně jednou za týden. Nezbytnou součástí každého přehodnocení je také pečlivý záznam do ošetrovatelské dokumentace. (12, 14, 15, 20, 25, 29, 32)

Škály pro hodnocení rizika vzniku dekubitů

Skórovacích škál k odhalení rizikového pacienta pro vznik dekubitů existuje celá řada. Obecným pravidlem však zůstává, že škály se snaží o odhalení rizikových faktorů souvisejících s mobilitou pacienta, se stavem jeho výživy, s vylučováním a také se zaobírají jeho celkovým stavem. Nejvíce používanými skórovacími škálami jsou stupnice pro odhalení rizika vzniku dekubitů, dle Nortonové, Bradenové a škála dle Waterlowa. Literatura udává, že ve Velké Británii je nejvíce využívána Waterlowova škála, zatím co v České republice je ve zdravotnických zařízeních nejvíce preferována rozšířená stupnice dle Nortonové. Níže v textu budou jednotlivé škály rozebrány podrobněji. (15, 29)

Škála dle Nortonové

Hodnotící škála dle Nortonové byla vyvinuta v roce 1962. Hodnotí pět položek, přičemž každá položka má čtyři úrovně. Úrovně jsou, bodově ohodnoceny, což tedy znamená, že při hodnocení každé položky je možné získat od čtyř do jednoho bodu. Tato stupnice hodnotí pacientův celkový tělesný stav. Zaměřuje se na zhodnocení jeho psychiky a také na jeho aktivitu a mobilitu. Poslední, pátá položka zhodnocuje stav pacientovy kontinence. Tato škála umožňuje získat nejméně 5 a nejvíce 20 bodů. Platí

tedy, že čím více bodů pacient získá, tím je u něho riziko pro vznik dekubitu nižší. Riziko vzniku dekubitů pravděpodobně nehrozí u pacientů, kteří získají 17–20 bodů. Při 15–16 bodech je u pacientů riziko pro vznik dekubitů hodnoceno jako nízké. Střední riziko vychází u pacientů, kteří získají 13–14 bodů. Vysokým rizikem jsou ohroženi pacienti s celkovým součtem 10–12 bodů. Pokud pacienti získají 5–9 bodů, tak je jejich riziko pro vznik dekubitů definováno jako velmi vysoké. Shrňme-li toto hodnocení, tak zjistíme, že z této screeningové škály vyplývá, že pokud pacient získá 16 a méně bodů, je klasifikován jako rizikový pro vznik dekubitů. (viz. Příloha č. 1, 2), (15, 27)

Rozšířená stupnice podle Nortonové

V předchozím odstavci byla popsána pěti položková stupnice z roku 1962, která byla o 25 let později, v roce 1987 rozšířena Christel Biensteinovou o další čtyři položky, které se týkají pacientovy schopnosti spolupráce, zhodnocení jeho dosaženého věku, stavu jeho pokožky a přidružených onemocnění. Každá z těchto položek má rovněž čtyři úrovně, tak jako tomu je u položek základní škály dle Nortonové a i tyto úrovně jsou ohodnoceny od čtyř do jednoho bodu. Na základě přidání těchto čtyř položek se maximální počet bodů z původních 20 zvýšil na 36. Tato rozšířená stupnice vychází z toho, že rizikový pacient pro vznik dekubitů je ten, který získá 25 bodů a méně. Přičemž i tato stupnice má vážnost rizika bodově odstupňovanou. Pacienti, kteří získají 24–25 bodů, jsou považováni za minimálně rizikové. Pokud se jejich skóre pohybuje v rozmezí od 19–23 bodů, považujeme je za středně rizikové. Při získaném počtu bodů 14–18 hovoříme o vysokém riziku a při bodovém zisku 13 bodů a méně mluvíme o tom, že jsou pacienti ohroženi pro vznik dekubitů nejvyšším možným rizikem.

Takto odstupňované zhodnocení pacienta udává ve své knize Prevence dekubitů Mikula a Müllerová, kteří čerpali z publikace Prevence proleženin Stiborové M.. Stejně, tak jako Mikula a Müllerová, tak i Kapounová, Mikšová a Trachtová považují pacienta za rizikového při výsledném skóre 25 bodů a méně. Tento závěr, kdy je pacient považován za rizikového při výsledném součtu bodů 25 a méně se v literatuře objevuje nejčastěji. Přesto jsem narazila na odchylku u Hoffmanové s Plívovou, které o rizikovém pacientovi pojednávají v případě, že dosáhne při závěrečném součtu méně než 25 bodů. Rozkolu jsem si povšimla i v samotném názvu či označení této škály. Mikšová o této škále pojednává jako o skórovacím systému pro vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové. Trachtová tuto škálu nazývá jako rozšířenou

stupnici podle Nortonové, zatímco Kapounová jako hodnocení podle Nortonové. Taktéž i Hoffmanová s Plívovou mají nad hodnotící tabulkou odlišný popis. Konkrétně se zde objevuje hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové. Můžeme tedy říci, že co autor to odlišný popis a rovněž tak se v literatuře objevuje ne zcela jednotné vyhodnocení rizikovosti pacienta. (viz. Příloha č. 3), (5, 8, 14, 15, 26)

Waterlowova škála

Tato screeningová škála bývá považována oproti rozšířené stupnici dle Nortonové za přesnější. Ke zhodnocení obsahuje jedenáct položek neboli tzv. rizikových faktorů. Ke zjištění přítomnosti rizika pro vznik dekubitu zohledňuje věk, pohlaví, stavbu pacientova těla neboli jeho výšku v poměru k váze. Dále pak sleduje stav pacientovy výživy, kde se zaměřuje na jeho chuť k jídlu a způsob jakým pacient potravu přijímá. Hodnotí v jakém stavu je pacientova kůže se zaměřením na porušenou kožní integritu, barvu, prokrvení a hydrataci. Také, je hodnocen stav pacientovy kontinence, kdy je škálou zjišťováno, zda je pacient schopen řízeného vylučování moče a stolice nebo nikoliv. V případě poruchy se hodnotí přítomnost inkontinence moče, stolice a rovněž zavedeného permanentního močového katétru. Dále všeobecná sestra v rámci Waterlowovy škály zjišťuje stav pacientovy mobility a neopomíná ani na jeho zhodnocení po stránce neurologické. Rovněž se zaměřuje na pacientovu medikaci, neboť užívání cytostatik, antiflogistik a steroidů je považováno za jeden z rizikových faktorů. Do rizikových faktorů spadají také tzv. zvláštní rizika, která zahrnují například přítomnost anémie, abúzus kouření, maligní onemocnění nebo srdeční selhávání. Posledním rizikovým faktorem, který tato škála zahrnuje, jsou prodělané velké operační výkony se zhodnocením délky jejich trvání a tedy i přítomností pacienta dlouhodobě v jedné poloze.

Při hodnocení jednotlivých položek neboli tzv. rizikových faktorů, jsou v nabídce k zakroužkování různé bodové hodnoty. Při závěrečném hodnocení platí, že čím vyšší je výsledný součet bodů, tím je u pacienta riziko pro vznik dekubitů vyšší. Získá-li pacient 10–14 bodů, je dle tabulky výsledného hodnocení považován za rizikového. V případě, že získá 15–19 bodů, je jeho riziko pro vznik dekubitů hodnoceno jako vysoké. V momentě výsledného součtu 20 bodů a více je u pacienta přítomnost velmi vysokého rizika pro vznik dekubitů. (viz. Příloha č. 4), (8, 11, 26, 27)

Stupnice podle Bradenové

Škála dle Bradenové je považována za velmi spolehlivý prostředek k zhodnocení rizika vzniku dekubitů u starších pacientů. Je tvořena z šesti položek, přičemž při hodnocení každé položky má všeobecná sestra na výběr ze čtyř úrovní, které jsou dle stavu pacienta ohodnoceny od jednoho do čtyř bodů. Při použití této škály je pozornost upírána na pacientovo vnímání s cílem zjistit, zda je schopen reagovat a v jakém rozsahu, na nepohodlí vyvolané tlakem. Další položkou k zhodnocení je míra vlhkosti, které je pacientova kůže vystavena. Je zde šetřeno pocení a pomočování nemocného s ohledem na četnost výměny ložního prádla. Třetí položka hodnotí pacientovu fyzickou aktivitu. Všeobecná sestra se tedy zajímá o to, zda je pacient připoutaný na lůžko či židli, anebo zda je schopen pohybu s pomocí, či samostatně a v jakém rozsahu. Další položka se zabývá pacientovou schopností změnit a kontrolovat polohu vlastního těla. Je tedy hodnocena míra pacientovy pohyblivosti, od malých omezení až po úplnou imobilitu. Nedílnou součástí této hodnotící škály je rovněž položka, týkající se zhodnocení stavu výživy. Toto zhodnocení vychází z množství stravy, kterou pacient přijme, z množství přijatých tekutin, výživových doplňků, přísunu infuzí anebo nutnosti enterální či parenterální výživy. Poslední položkou, kterou se všeobecná sestra při hodnocení pacienta zabývá, je střižný mechanismus neboli třecí a střižné síly. Toto hodnocení se odvíjí od pohyblivosti pacienta v lůžku nebo křesle a také od jeho schopnosti spolupracovat s ošetřujícím personálem.

Po sečtení všech bodů, zde platí pravidlo, že čím nižší počet bodů pacient získá, tím je u něho riziko pro vznik dekubitů vyšší. Pokud pacient získá 19 bodů a více, je pro riziko vzniku dekubitů hodnocen jako nerizikový. Při zisku 15–18 bodů je riziko pro vznik dekubitů hodnoceno jako nízké. Při dosažení počtu 13–14 bodů, Bradenová hovoří o středním riziku. Zisk 12–10 bodů signalizuje pro ošetřující personál vysoké riziko a pacienti, kteří získají 9 bodů a méně jsou hodnoceni jako velmi vysoce riziková. (8, 11, 27)

Knollova škála náchylnosti ke vzniku dekubitů

Knollova hodnotící škála je utvořena z 8 položek, přičemž při hodnocení každé položky má všeobecná sestra na výběr ze čtyř úrovní, které jsou dle stavu pacienta postupně ohodnoceny od 0 do 3 bodů. Čím více bodů pacient získá, tím je jeho stav

horší. Hned v úvodu hodnotící škály je zhodnocen všeobecný stav pacientova zdraví. Další položka je označena jako mentální stav a všeobecná setra zde má za úkol zjistit stav pacientova vědomí. Hodnocena je rovněž pacientova aktivita od stavu, kdy je nemocný schopen samostatného pohybu, přesunu s dopomocí až po trvalá omezení na vozíku či lůžku. Čtvrtá položka se zabývá zhodnocením pacientovy mobility, od stavu úplné pohyblivosti, po jistá omezení až úplnou imobilitu. Nedílnou součástí této hodnotící škály je také položka, která řeší pacientovu kontinenci. Sestra má na výběr z úrovní, které k zakroužkování nabízejí stav řízeného vylučování, občasnou inkontinenci, močovou inkontinenci nebo současný únik moči i stolice. Tato hodnotící škála neopomíjí ani zhodnocení schopnosti pacienta přijímat potravu a tekutiny per os. V samotném závěru se zabývá pacientovou náchylností k onemocněním, jako jsou neuropatie, cévní choroby, anémie nebo diabetes mellitus. Pro tuto tabulku je specifické, že druhá a třetí úroveň při položkách aktivita, mobilita a inkontinence, je pro svou závažnost hodnocena za dvojnásobek nabízených bodů. Při výsledném součtu bodů platí, že rizikový pacient pro vznik dekubitů je ten, který získá 12 bodů a více. (viz. Příloha č. 5), (11, 26)

Hodnotící škála pro riziko vzniku dekubitů dle M.L. Shannon

Tato hodnotící stupnice byla vytvořena v roce 1984 a zaměřuje se na zhodnocení osmi položek, přičemž každá položka má na výběr ze čtyř úrovní. Jednotlivé úrovně jsou ohodnoceny dle stavu pacienta od 4 do 1 bodu. Nejprve je hodnocen pacientův duševní stav a to od úplné bdělosti až po komatózní stav. Poté se všeobecná sestra zabývá pacientovou kontinencí. Tak jako tomu bylo v předchozích škálách, tak i zde je hodnocena oblast týkající se pacientovy mobility, aktivity a také stavu jeho výživy. Oproti jiným škálám tato stupnice sleduje stupeň pacientovy tělesné teploty a také stav jeho cirkulace. Je zde hodnocena kapilární náplň anebo přítomnost otoku. Poslední položka má za úkol zjistit, jakou užívá pacient medikaci se zaměřením na steroidy, analgetika a léky používané na chorobnou úzkost. Po závěrečném součtu všech bodů tato tabulka vychází z předpokladu, že pacienti, kteří získají 16 bodů a méně jsou vystaveni riziku pro vznik dekubitů, které je již považováno za významné. (viz. Příloha č. 6), (14)

Cubbin-Jackson škála

Tato hodnotící škála pro riziko vzniku dekubitů byla vypracovaná pro pacienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče. Je zde k zhodnocení deset položek, přičemž každá položka nabízí čtyři úrovně, které jsou dle stavu pacienta ohodnoceny od čtyř do jednoho bodu. Čím lepší je pacientův stav, tím je mu kroužkován vyšší počet bodů. Tabulka zahrnuje zhodnocení pacientova věku, hmotnosti a stavu jeho kůže. Dále je zde zjišťován pacientův mentální stav, jeho schopnost se pohybovat, přijímat potravu a vylučovat. Oproti jiným škálám, tato navíc zahrnuje zhodnocení pacientovy cirkulace se zohledněním podpory prostřednictvím nitrožilně podávaných infuzních roztoků. Další položkou, která se běžně v jiných škálách neobjevuje je zhodnocení pacientova dýchání a to od dýchání spontánního, přes dýchání ventilované a to neinvazivně či invazivně až po dechovou zástavu. Poslední neobvyklá položka hodnotí pacientovu soběstačnost v oblasti udržení vlastní hygieny. Při sečtení všech zakroužkovaných bodů vyplývá, že pacienti, kteří získají 24 bodů a méně, jsou zvýšeně ohroženi rizikem pro vznik dekubitů. (viz. Příloha č. 7), (11)

2.3.1 Doplnující škály k odhalení deficitu soběstačnosti a výživového stavu pacienta

Schopnost sebepéče je stav, kdy je člověk schopen postarat se o sebe vlastními silami bez pomoci druhé osoby. Rovněž, tak je-li jedinec soběstačný, je schopen vykonávat aktivity denního života aniž by mu muselo být pomáháno. V případě nemoci, stáří nebo úrazu může být u pacienta schopnost postarat se sám o sebe aktuálně či potenciálně narušena.

Moderní ošetrovatelství chápe člověka jako komplexní holistickou bytost, která je systematicky hodnocena, a na základě plánovaných intervencí jsou uspokojovány její potřeby. Cíle soudobého ošetrovatelství mimo jiné zahrnují poskytování preventivní péče a také činnosti vedoucí k předcházení komplikací.

Výsledek zhodnocení pacientovy soběstačnosti a schopnosti o sebe pečovat, již může všeobecné sestře napovědět, zda bude pacient, kterého má před sebou také ohrožen rizikem pro vznik dekubitů.

Nejen deficit sebepéče, ale také narušení výživového stavu pacienta sehrává při vzniku proleženin velkou roli. Mezi těmito významnými faktory je patrná příčinná souvislost. V případě, že je pacient nedostatečně vyživován, dochází u něho ke snížení

odolnosti tkání na vyvinutý kontaktní tlak. Je tedy vhodné, aby se na počátku hospitalizace u pacienta hodnotilo nejen riziko pro vznik dekubitů, ale také stav pacientovy výživy a soběstačnosti, tak aby bylo narušení těchto činitelů zachyceno, co nejdříve a mohlo se, tak zavčas předejít jejich přičinění se na vzniku dekubitů.

K posouzení soběstačnosti nemocného je v současné době v nemocničních zařízeních nejčastěji používán Barthelův test základních všedních činností, jehož popisu je níže v textu věnován stejně, tak jako nutričnímu screeningu samostatný odstavec. (16, 19, 30)

Barthelův test základních všedních činností

Tento test má za úkol zjistit, v jakém rozsahu je pacient schopen se o sebe postarat sám, bez pomoci ostatních, či zda potřebuje v běžných denních činnostech dopomocť anebo zjišťuje, zda se pacient nachází ve stavu, kdy se absolutně neobslouží.

Barthelův test hodnotí deset základních činností. Hodnotí pacientovu schopnost přijímat potravu a tekutiny. Zjišťuje v jakém rozsahu je schopen se samostatně obléknout, vykoupat a zajistit si osobní hygienu. Dále se zajímá a pacientovu kontinenci moče a stolice a o jeho schopnost použít toaletu. Neopomíjí ani zhodnocení pacientovy mobility, kdy se zaměřuje na jeho schopnost přesunout se z lůžka na židli a naopak. Dále sleduje, jakou urazí pacient po rovině vzdálenost a zda k tomu potřebuje podpůrnou pomůcku či nikoliv. Poslední činností, kterou tento test hodnotí a která se také týká mobility, je pacientova schopnost chůze do schodů.

U tohoto testu platí, že čím více získá pacient bodů, tím je jeho závislost na druhých nižší anebo dokonce žádná. Získá-li při závěrečném součtu 100 bodů je hodnocen jako nezávislý. Při ztrátě 5–35 bodů je na svém okolí lehce závislý. Je-li konečný součet bodů 45–60, tak o pacientovi hovoříme jako o středně závislém. Za vysoce závislého nemocného je považován ten jedinec, který získá 0–40 bodů. (10)

Nutriční screening

Má za úkol u pacienta včasné odhalit a upozornit na nedostatečný výživový stav. Zhodnocení nutričního stavu by tedy mělo být provedeno na počátku hospitalizace u každého pacienta. Dle evropských doporučení je možné k tomuto zhodnocení použít hodnocení z roku 2002 tvořené čtyřmi otázkami zvané Nutritional Risk Screening. U pacienta je nutné nejprve zjistit hodnotu jeho BMI (Body Mass Indexu). Tento ukazatel tělesné hmotnosti je možné zjistit při výpočtu poměru pacientovy váhy

ke druhé mocnině jeho výšky v metrech. Zjištěný výsledek je porovnán s bodovou tabulkou, která podává zprávu o pacientově podváze, normální hmotnosti, nadváze či stupni jeho obezity. Tímto výsledkem je tedy zodpovězena první otázka nutričního screeningu a to tedy, zda se pacientovo BMI nachází pod hranicí 20,5 bodů. V dalším bodě je zjišťováno, zda na sobě pacient nebo jeho okolí nezpůsobovalo v posledních třech uplynulých měsících úbytek hmotnosti. Předposlední otázka zjišťuje, zda pacient v posledním týdnu snížil příjem potravy a poslední bod se táže na závažnost pacientovy nemoci. Pokud bylo na všechny otázky odpovězeno ne, je doporučováno tento screening opakovat v časovém rozmezí jednou za týden. V případě již jedině kladné odpovědi je vhodné konzultovat výživový stav s nutričním specialistou. (4, 9)

2.4 Preventivní ošetrovatelská péče

Dekubity vznikají jako závažné komplikace zejména u imobilních pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, ale také u nemocných se sníženou hybností. Tento problém se v nejvyšším zastoupení vyskytuje zejména u populace seniorského věku. Každý vznik nového dekubitu představuje velmi závažný medicínský a sociální problém. Jejich přítomnost přináší pacientům utrpení, mnohdy zvyšuje délku jejich hospitalizace a taktéž může přispět, k jejich mortalitě. Dále tu pak v souvislosti s péčí o vzniklé dekubity nastává v nemocničních zařízeních z důvodu zvyšujících se nákladů problém ekonomický.

Poskytováním kvalitní preventivní ošetrovatelské péče je možné výskyt těchto kožních defektů snížit. Hlavním cílem tedy není dekubity léčit, ale předcházet jejich samotnému vzniku. Platí zde pravidlo, že preventivní péče je levnější, než péče léčebná. Důležitá je tedy správná identifikace rizikového pacienta ohroženého vznikem dekubitů s následným zpracováním individuálního ošetrovatelského plánu. Na základě něhož ošetřující personál poskytuje rizikovému pacientovi pomocí preventivních postupů, co nejlepší možnou individuální péči, která je cílem současného moderního ošetrovatelství, v kterém je jedinec chápán jako holistická bytost.

V rámci poskytování preventivní ošetrovatelské péče dbá ošetřující personál na kvalitní úpravu lůžka, hygienu s péčí o pokožku za použití ochranných prostředků. Dále pak, na polohování pacientů dle systému polohovacích hodin s využitím antidekubitárních pomůcek a s cílem eliminovat tlak vyvinutý na pokožku pacienta.

Všeobecné sestry se dále ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem starají o pacientův výživový stav, který je provázaný se schopností kožní regenerace.

Níže v textu jsou jednotlivé ošetrovatelské intervence, prostřednictvím kterých se snažíme vzniku dekubitů předcházet popsány podrobněji. (6, 11, 14, 20)

Úprava lůžka

Dokonale upravené, čisté, suché a vypnuté lůžko je v prevenci vzniku dekubitů požadavkem číslo jedna. Pokud jsou lůžkoviny propocené anebo znečištěné močí, či stolicí, je potřeba zajistit jejich neprodlenou výměnu. K výměně prádla by mělo dojít i v případě úniku infuzního roztoku do lůžka pacienta a rovněž tak i v momentě, kdy jsou lůžkoviny znečištěny převrženými tekutinami. Naprostou nutností je tedy udržovat pacienta v suchém prostředí. Je důležité, aby ošetřující personál nebral na lehkou váhu i takové drobnosti, kterými jsou například drobečky od jídla, které mohou rovněž při tlaku na pokožku přispět k narušení kožní integrity. Ještě větší otlaky mohou způsobit zátky od infuzních setů, krytky od jehel nebo zapomenuté injekční stříkačky, či víčka od krémů a mastí. Je tedy vhodné, aby všeobecné sestry při ošetřování pacienta nepotřebné pomůcky odkládaly do emitní misky a předešly, tak na kůži pacienta zbytečným otlakům. (21, 28, 29, 31)

Hygiena a péče o pokožku

Hygienická péče v prevenci vzniku dekubitů úzce souvisí s úpravou lůžka. I zde je kladen důraz na to, aby měl pacient kůži suchou a čistou. K narušení kožní integrity dochází častěji u pacientů, kteří trpí inkontinencí. Důvodem je vlhké prostředí s výskytem bakterií. Nejsou-li dostatečně vyměňovány pomůcky pro inkontinentní a rovněž, tak znečištěné lůžkoviny, dochází u pacientů k maceraci kůže. Časté omývání způsobuje narušení přirozeného ochranného kožního filmu a následné vysušování pokožky. Je tedy zapotřebí mít na paměti, že pokožka musí být nejen čistá a suchá, ale také promaštěná. Je tedy vhodné, aby ošetřující personál v rámci hygienické péče využíval ochranných prostředků na kůži. V prevenci vzniku dekubitů jsou používány ochranné pěny a aerosoly, které vytváří na pokožce tenkou ochrannou vrstvu, jež má za úkol zamezit kontakt s vlhkým prostředím. Dále jsou používány ochranné pasty, zinkové masti anebo vazelíny. Obsahují hojivé látky a rovněž mají vodoodpudivou schopnost. Při osušování pokožky jsou Kalvachem doporučovány

pouze jemné poklepy nikoliv sušení plošným třením. Cílem tohoto postupu je zabránění vzniku mikroragád.

V hojné míře je v literatuře uváděno, že včasné masáže predilekčních míst posilují odolnost kůže a napomáhají v daných oblastech zlepšit prokrvení a výživu kůže a taktéž podkoží. Tento postup je doporučován z hlediska prevence, nikoli již při zarudnutí a prosáknutí kůže. Masáže těchto míst jsou doporučovány Rozsypalovou, Vytejškovou, Riebelovou, Mikšovou a také Hoffmanovou. Naopak Krajčík považuje masáž kůže nad kostními výčnělky za nevhodné opatření. Udává, že masáží je možné poškodit hlouběji uložené tkáně a zejména u starých lidí způsobit poškození pokožky. Mikula rovněž tak, nedoporučuje masáže míst s tenkou tukovou a svalovou vrstvou. Taktéž uvádí, že při masáži hrozí poškození hlubších tkání. (5, 7, 11, 14, 15, 21, 24, 28, 29)

Polohování pacientů

Polohování pacientů je ošetrovatelským personálem systematicky řízený proces, který je prováděný v určitých časových intervalech. Pravidelné změny poloh jsou v prevenci vzniku dekubitů považovány za jeden z nejstarších, nejdůležitějších a nejúčinnějších prostředků. Časové intervaly mezi jednotlivými změnami poloh se mohou pohybovat v rozmezí od ½ do 4 hodin. Toto časové rozmezí se odvíjí od okamžitého stavu pacienta. Pravidlem však zůstává, že o každé změně polohy je potřeba provést do příslušné ošetrovatelské dokumentace písemný záznam. Pokud se při změně polohy objeví na kůži pacienta známky vznikajícího dekubitu, tak je dle Riebelové zapotřebí původní časový interval pro změnu polohy zkrátit. Polohování má za cíl změnou polohy pacienta zajistit jeho podkožním tkáním, které byly před změnou polohy zatížené působením vlastní váhy nemocného, potřebné okysličení a prokrvení.

V rámci systému polohovacích hodin je pacient polohován nejprve do supinační polohy. Poté následuje 30° poloha levá laterální, pravá Simsova, levá laterální, a poloha pronační. Po této poloze je pacient přetáčen do 30° polohy, ale pravé laterální, následně do levé Simsovy a na závěr jsou polohovací hodiny ukončeny pravou laterální polohou. Celé kolečko se následně opakuje. 30° poloha je doporučována z důvodu zvýšené odolnosti hýžd'ových svalů, které zvládnou snášet oproti kostním výčnělkům 3,5 x větší tlak. Během samotného polohování je důležité, pacienta nadzdvihnout nikoli táhnout a třít po podložce. Předejde se tak třecí a strižné síle. Důležitou součástí při polohování

jsou pomůcky, které doplňují lůžko (hrazdička, uzdička, žebříček). Díky těmto pomůckám může pacient se sníženou mobilitou při polohování ošetřujícímu personálu pomoci. Velmi důležitým pomocníkem jsou při polohování pacientů také polohovací a antidekubitní pomůcky. (14, 16, 21, 31)

Antidekubitní pomůcky

Volba pomůcek závisí na celkovém stavu a hybnosti pacienta. Mezi obecné požadavky na antidekubitní pomůcky patří jednak cenová dostupnost, snadná omyvatelnost, přijatelnost pro pacienty a rovněž, tak pro ošetřující personál, který s pomůckami musí manipulovat. U pomůcek je důležité, aby rovnoměrně rozkládaly tlak a poskytovaly ventilovatelnou oporu. Nejčastěji se používají obalené molitanové čtverce a také molitanová kolečka. Další často používanou pomůckou je Dekuba, což je podložka vyrobená ze syntetického rouna, která se vkládá v lůžku pod podložku. V prevenci vzniku dekubitů jsou také využívány speciální matrace naplněné vzduchem anebo vodou. Dalším pomocníkem v boji proti vzniku dekubitů je antidekubitor. Jedná se o podložku, která má své místo pod prostěradlem nemocného. Je tvořena systémem trubic, v nichž dochází pomocí kompresoru, který je zavěšený na lůžku pacienta k střídavé výměně tlaku. K ochraně pat a loktů jsou používány tzv. botičky, které jsou naplněné dutým vláknem. Existují také doplňkové polštáře a podložky, které jsou plněné tekutinou, vzduchem anebo gelem. Cílem všech těchto pomůcek je snížit kontaktní tlak vyvinutý podložkou na pokožku nemocného a taktéž je cílem ochránit predilekční místa. (14)

Výživa

Správná a dostatečná výživa sehrává v prevenci vzniku dekubitů významnou roli. Taktéž se podílí na hojivém procesu a na zvýšení obranyschopnosti organismu. Důležitý je rovněž dostatečný přísun tekutin. K zajištění adekvátní výživy a hydratace pacienta je nutná vzájemná spolupráce lékaře, ošetřovatelského personálu a nutričních terapeutů. Je zapotřebí, aby se pacientovi dostávalo dostatečné množství bílkovin a vlákniny. Pro dokonalý přehled je vhodné u pacienta do příslušné ošetřovatelské dokumentace zapisovat denní bilanci tekutin a přijaté stravy. Jako doplněk enterální výživy lze během dne využít tekutých výživových přípravků s vysokým obsahem bílkovin a vlákniny, které jsou určené k popíjení mezi jednotlivými jídly. Tyto přípravky jsou pacientům podávány na základě ordinace lékaře. (14, 16, 28)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Prvním krokem pro poskytování kvalitní, individualizované, preventivní ošetrovatelské péče s cílem zabránit vzniku dekubitů, je včasný záchyt a vyhledání rizikových pacientů.

3.1 Cíle a hypotézy práce

Cíl č. 1: Zjistit, jakým způsobem sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů a na jaké pacienty v tomto směru zaměřují svou pozornost.

Cíl č. 2: Zjistit, jakým způsobem si sestry předávají informace o pacientovi, který je rizikový pro vznik dekubitů a zda během hospitalizace toto riziko přehodnocují.

Cíl č. 3: Zjistit vlastní zájem sester o tuto problematiku v rámci jejich profesního vzdělávání.

Hypotéza č. 1: Sestry používají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové.

Hypotéza č. 2: Sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů.

Hypotéza č. 3: Sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace.

Hypotéza č. 4: Sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace přehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů.

Hypotéza č. 5: Sestry v rámci profesního vzdělávání nemají v oblasti dekubitů zájem o problematiku primární prevence, ale více se zajímají o metody moderního hojení ran.

3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Informace jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření. Dále byl výzkum rozšířen o šetření osobní, které bylo zaměřené na standardy ošetrovatelské péče v oblasti prevence a péče o dekubity. První dotazníkové šetření probíhalo na vybraných odděleních Krajské nemocnice Liberec, a.s. se souhlasem ředitelky pro ošetrovatelskou péči a také vrchních sester, na jejichž odděleních výzkum probíhal. Protokoly o svolení k provedení výzkumného šetření jsou přiloženy. (viz. Příloha č. 8, 9, 10, 11) Konkrétně se jednalo o oddělení diabetologie, neurologie, léčebny dlouhodobě nemocných a o oddělení všeobecné interny. Toto dotazníkové šetření probíhalo v první polovině měsíce dubna roku 2014.

Respondentkami byly všeobecné sestry. Rozdáno bylo, celkem 60 dotazníků, s návratností 55, což činí 91,7 %. Konkrétně bylo rozdáno 10 dotazníků na oddělení neurologie, 10 dotazníků na oddělení diabetologie a po 20 dotaznicích na odděleních léčebny dlouhodobě nemocných dále jen (LDN) a odděleních všeobecné interny. Z neurologie se mi navrátilo 9 dotazníků, z diabetologie jsem jich získala 7, z oddělení všeobecné interny 19 a z LDN činila návratnost celých 20 dotazníků. Ze získaných, 55 dotazníků jich muselo být 10 vyřazeno. Jeden dotazník nebyl dostatečně vyplněn a 9 dotazníků vyplnili zdravotničtí asistenti, na které nebyl výzkum zaměřen. Při zpracovávání výsledků bylo tedy pracováno se 45 dotazníky. Respondentkám bylo položeno 17 otázek, z toho 4 otázky byly otevřené, 3 uzavřené a 10 polootevřených. První 3 otázky byly zaměřené na demografické údaje. Otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se věnovaly odhalování rizik, škálování, č. 11, 12, 13, 14, 15 tomu, kdy se škály používají a jak si sestry informace předávají a otázky č. 16, 17 byly zaměřeny na vzdělávání. Dotazník pro směnné sestry příkládám (viz. Příloha č. 12).

Druhé dotazníkové šetření probíhalo ve vybraných pěti nemocnicích v dubnu 2014. Konkrétně se jednalo o Krajskou nemocnici Liberec, a.s., Fakultní nemocnici Hradec Králové, Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., Oblastní nemocnici Trutnov a.s., a Městskou nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem. V tomto případě byly respondentkami vedoucí pracovnice – hlavní sestry. Dotazník, který byl předkládán vedoucím pracovnícím, obsahoval 8 otázek, přičemž 5 jich bylo uzavřených a 3 otázky byly polootevřené s možností výběru volné odpovědi. Otázkou číslo 1 jsem zjišťovala, jakým způsobem hodnotí sestry u pacientů jejich riziko pro vznik dekubitů. 2. otázka

se zaměřovala na jednotnost systému hodnotících škál. Otázky číslo 3, 4 a 5 byly zaměřeny na standardy ošetrovatelské péče. 6. otázka se vázala k podpoře vzdělávání. 7. otázka se ubírala k dokumentaci výskytu dekubitů a poslední 8. otázka byla zaměřena na vyvození hlavních sester při zvýšeném výskytu dekubitů z jednotlivých oddělení.

Dotazník pro vedoucí pracovníce přikládám. (viz. Příloha č. 13)

Se souhlasem vedoucích pracovníků jsem dále provedla osobní šetření, které bylo zaměřené na obsah standardů ošetrovatelské péče věnovaným prevenci vzniku dekubitů. Toto šetření probíhalo taktéž v dubnu 2014. Protokoly o svolení k provedení výzkumného šetření ze všech oslovených nemocničních zařízení jsou přiloženy. (viz. Příloha č. 14, 15, 16, 17, 18) Předem jsem si stanovila tři cíle prostřednictvím, kterých jsem chtěla zjistit, zda je ve standardech ošetrovatelské péče vybraných nemocnic definován postup pro hodnocení rizika vzniku dekubitů prostřednictvím hodnotící škály. Dále jsem zjišťovala, zda mají v SOP stanovený postup pro speciální označení, kterým odlišují rizikové pacienty od pacientů, kteří rizikový nejsou a dále jsem chtěla zjistit, zda je SOP udávána frekvence pro přehodnocení rizika vzniku dekubitů. Výsledky jsou zpracovány v záznamu o provedeném osobním šetření.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumná část mé bakalářské práce byla zaměřena na dvě skupiny respondentek. První skupinu tvořily všeobecné sestry vybraných oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. a druhou skupinu tvořily vedoucí pracovníce ošetrovatelského úseku – hlavní sestry vybraných pěti nemocnic. Z první skupiny jsem pracovala s vyplněnými dotazníky od 45 respondentek a ze skupiny druhé jsem pracovala s 5 vyplněnými dotazníky.

Dotazníky první skupině respondentek byly rozdány vrchními sestrami příslušných oddělení, od kterých jsem si je vyplněné následně převzala.

Druhou skupinu respondentek – hlavní sestry, jsem požádala o spolupráci prostřednictvím telefonické komunikace. Ve čtyřech případech jsme se domluvily na elektronickém vyplnění dotazníku. Respondetkám jsem tedy zaslala prostřednictvím emailu prázdný dotazník, který mi vyplnily a následně odeslaly zpět. Pouze v jednom případě mi byl dotazník vyplněn vedoucí pracovnící při osobním kontaktu v papírové formě. Konkrétně se jednalo o Oblastní nemocnici Trutnov a.s., v které jsem zaměstnaná na pozici zdravotnického asistenta.

Hlavní sestry jsem dále požádala o svolení k provedení osobního šetření se zaměřením na standardy ošetrovatelské péče pro prevenci vzniku dekubitů. Vedoucí pracovníci Krajské nemocnice Liberec, a.s. mi byl standard ošetrovatelské péče zaslán k podrobnému prostudování prostřednictvím emailu s tím, že ho mohu připojit jako přílohu k bakalářské práci. Rovněž, tak učinila vedoucí pracovníce z Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. i ta mi zaslala standard prostřednictvím emailu k podrobnějšímu prostudování avšak s mým příslibem, že tento dokument v jeho celém znění nezveřejním a neposkytnu třetí straně. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové semnou vedoucí pracovníce osobně standard ošetrovatelské péče prošla a dovolila mi vyhotovit si drobné poznámky. Rovněž v Oblastní nemocnici Trutnov a.s. mi bylo uděleno svolení k sepsání poznámek. Pouze v Městské nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem jsem přístup ke standardu ošetrovatelské péče nezískala.

3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza.

Výsledky z dotazníků od obou skupin respondentů jsou zpracované do přehledných tabulek, kde jsou výsledky vyjádřeny absolutní četností (počet odpovědí) a relativní četností (procentuální vyjádření zaokrouhlené na dvě desetinná místa) a zajímavá zjištění jsou doplněna grafem.

Získaná data byla zpracována prostřednictvím počítačového programu Microsoft Office Excel 2007.

3.4.1 Analýza dotazníkového šetření zaměřeného na směnné sestry (dále jen respondentky)

Dotazníková položka č. 1 – Věkové rozmezí respondentek.

Tab. 1 Věkové rozmezí respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
24–29 let	5	11,11 %
30–39 let	15	33,33 %
40–49 let	17	37,78 %
50–59 let	6	13,33 %
Věk neuveden	2	4,44 %

Komentář:

Tabulka číslo 1 znázorňuje věkové rozmezí oslovených 45 (100,00 %) respondentek. Z tohoto celku neodpověděly na tuto otázku 2 (4,44 %) dotázané. Nejméně zastoupenou skupinu tvořily respondentky ve věkovém rozmezí 24–29 let, kterých bylo 5 (11,11 %). Nejvyšší zastoupení tvořily respondentky ve věku 40–49 let, kterých bylo 17 (37,78 %). Obdobný počet 15 (33,33 %), tvořily respondentky ve věku 30–39 let. Dále pak na otázky v dotazníku odpovídalo 6 (13,33 %) respondentek ve věkovém rozmezí 50–59 let.

Dotazníková položka č. 2 – Dosažené vzdělání respondentek.

Tab. 2 Dosažené vzdělání respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola – všeobecná sestra	37	82,22 %
Vyšší odborná škola zdravotní – DiS.	6	13,33 %
Vysoká škola – Bc., Mgr.	2	4,44 %

Komentář:

Tabulka číslo 2 znázorňuje dosažené vzdělání 45 (100,00 %) respondentek. Nejvíce jich dosáhlo středoškolského vzdělání 37 (82,22 %) s profesí všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu. 6 (13,33 %) jich vystudovalo Vyšší odbornou školu zdravotní a 2 (4,44 %) respondentky dosáhly vysokoškolského vzdělání.

Dotazníková položka č. 3 – Délka profesní praxe respondentek.

Tab. 3 Délka profesní praxe respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1–9 let	8	17,78 %
10–19 let	11	24,44 %
20–29 let	16	35,56 %
30–39 let	7	15,56 %
Neuvedeno	3	6,67 %

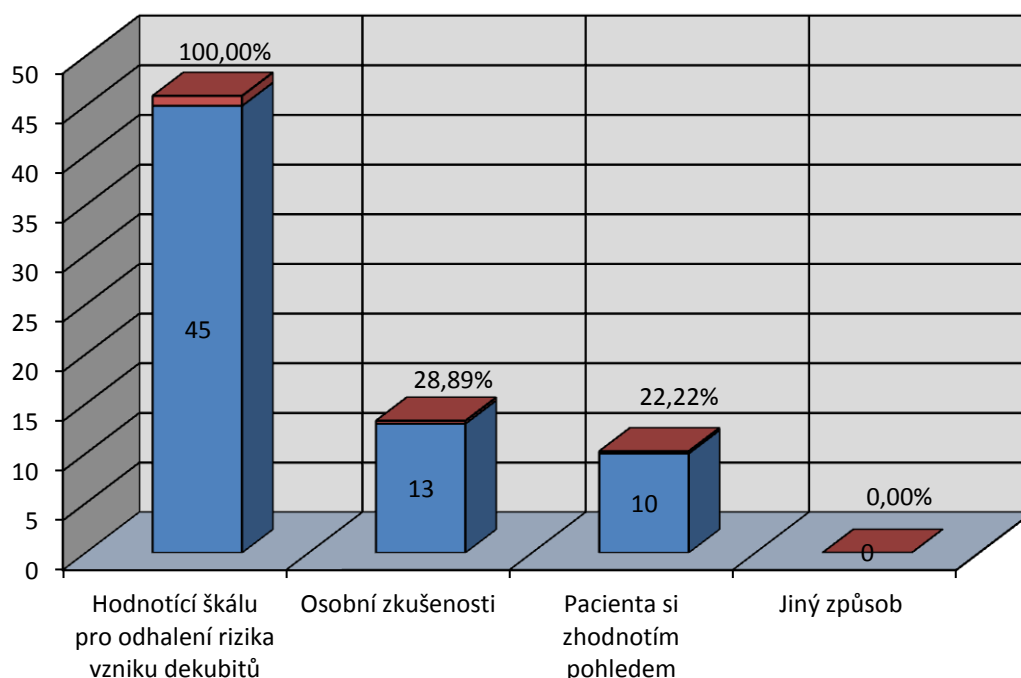
Komentář:

Tabulka číslo 3 znázorňuje, že nejvíce respondentek 16 (35,56 %) pracuje v oboru v rozmezí 20–29 let. Druhé větší zastoupení tvoří 11 (24,44 %) respondentek, které v oboru pracují 10–19 let. V 8 (17,78 %) případech činí délka praxe respondentek 1–9 let. 7 (15,56 %) jich uvedlo délku praxe v časovém rozmezí 30–39 (15,56 %) let a 3 (6,67 %) respondentky na tuto otázku neodpověděly.

Dotazníková položka č. 4 – Způsoby, kterými respondentky u pacientů hodnotí riziko vzniku dekubitů (respondentky mohly označit více odpovědí).

Tab. 4 Způsoby, kterými respondentky u pacientů hodnotí riziko vzniku dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hodnotící škálu pro odhalení rizika vzniku dekubitů	45	100,00 %
Osobní zkušenosti	13	28,89 %
Pacienta si zhodnotím pohledem	10	22,22 %
Jiný způsob	0	0,00 %



Graf 1 Způsoby, kterými respondentky u pacientů hodnotí riziko vzniku dekubitů.

Komentář:

Tabulka číslo 4 a graf číslo 1 znázorňují, že všech 45 (100,00 %) respondentek používá u pacienta k zhodnocení rizika vzniku dekubitů hodnotící škálu. 13 (28,89 %) z nich využívá ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů také své osobní zkušenosti. 10 (22,22 %) jich pak také uvedlo, že si pacienta zhodnotí pohledem.

Dotazníková položka č. 5 – Konkrétní položky, kterých si respondentky všímají při hodnocení pacienta pro rizikovost vzniku dekubitů (volná otázka s možností vlastního vyjádření respondentek).

Tab. 5 Konkrétní položky, kterých si respondentky všímají při hodnocení pacienta pro rizikovost vzniku dekubitů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pohyblivost/mobilita	23	51,11 %
Stav pokožky	18	40,00 %
Inkontinence	14	31,11 %
Věk	12	26,67 %
Onemocnění	11	24,44 %
Stav výživy	10	22,22 %
Hydratace	9	20,00 %
Spolupráce	8	17,78 %
Celkový stav	7	15,56 %
Stav vědomí	7	15,56 %
Váha	6	13,33 %
Soběstačnost	4	8,89 %
Predilekční místa	3	6,67 %
Psychický stav	3	6,67 %
Fyzický stav	3	6,67 %
Schopnost samostatného polohování	3	6,67 %
Aktivita	2	4,44 %
Hygiena	2	4,44 %
Všechny položky ve škále	2	4,44 %
Svalový tonus	1	2,22 %
Tělesná teplota	1	2,22 %

Komentář:

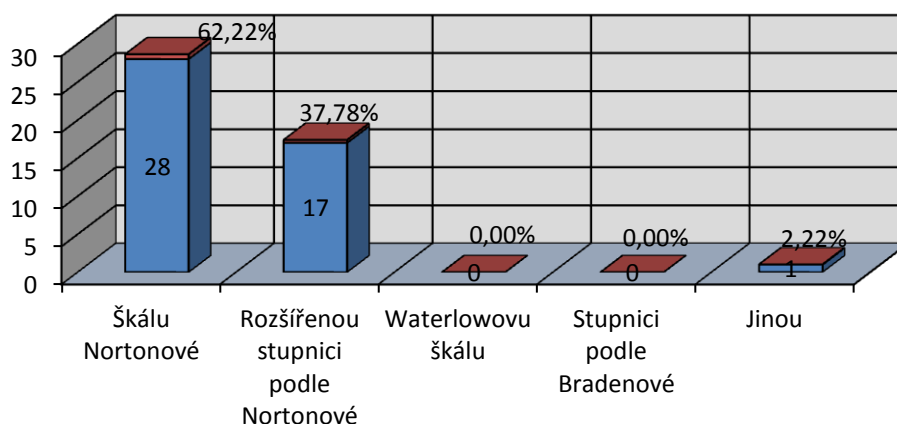
V tabulce číslo 5 respondentky nejčastěji odpovídaly 23 (51,11 %), že si při hodnocení rizikovosti pacienta pro vznik dekubitů všímají jeho pohyblivosti. 18 (40,00 %) si jich také všímá stavu pokožky. 14 (31,11 %) dotázaných se zaměřuje na pacientovu inkontinenci. 12 (26,67 %) jich sleduje u pacienta věk a 11 (24,44 %) respondentek se zaměřuje na jeho onemocnění. 10 (22,22 %) dotázaných si všímá stavu pacientovy výživy a 9 (20,00 %) jich sleduje stav hydratace. 8 (17,78 %) si jich všímá pacientovy schopnosti spolupráce. 7 (15,56 %) dotázaných sleduje celkový stav a stav pacientova vědomí. 6 (13,33 %) respondentek se zaměřuje na pacientovu hmotnost. 4 (8,89) dotázané sledují schopnost pacientovy soběstačnosti a 3 (6,67 %) respondentky odpověděly, že si u pacienta všímají jeho predilekčních míst, psychického a fyzického

stavu a jeho schopnosti samostatné změny polohy. 2 (4,44 %) dotázané uvedly, že taktéž sledují aktivitu pacienta a stav jeho hygieny. 2 (4,44 %) respondentky souhlasně uvedly, že si všímají všech položek v hodnotící škále pro riziko vzniku dekubitů. 1 (2,22 %) dotázaná u pacienta sleduje svalový tonus a také jeho tělesnou teplotu.

Dotazníková položka č. 6 – Název hodnotící škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, kterou respondentky na svém pracovišti používají.

Tab. 6 Název hodnotící škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, kterou respondentky na svém pracovišti používají.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škálu Nortonové	28	62,22 %
Rozšířenou stupnici podle Nortonové	17	37,78 %
Waterlowovu škálu	0	0,00 %
Stupnici podle Bradenové	0	0,00 %
Jinou	1	2,22 %



Graf 2 Název hodnotící škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, kterou respondentky na svém pracovišti používají.

Komentář:

Z tabulky číslo 6 a z grafu číslo 2 vyplývá, že 28 (62,22 %) respondentek odpovědělo, že škála, kterou na svém pracovišti používají, se nazývá Škála Nortonové. 17 (37,78 %) dotázaných uvedlo, že se jedná o Rozšířenou stupnici podle Nortonové. 1 (2,22 %) respondentka uvedla, že současně hodnotí pacienta také za pomoci Barthel testu.

Dotazníková položka č. 7 – Výsledný součet bodů, dle kterého respondentky považují pacienta za rizikového pro vznik dekubitů.

Tab. 7 Výsledný součet bodů, dle kterého respondentky považují pacienta za rizikového pro vznik dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
25 a méně	26	57,78 %
25 a více	2	4,44 %
25	10	22,22 %
méně než 25	5	11,11 %
Neuvedeno	2	4,44 %

Komentář:

Tabulka číslo 7 nám znázorňuje, že nejvíce 26 (57,78 %) respondentek považuje pacienta za rizikového při dosaženém počtu bodů 25 a méně. 10 (22,22 %) respondentek odpovědělo, že pacient se stává rizikovým v momentě, kdy dosáhne 25 bodů. 2 (4,44 %) respondentky se domnívají, že pacient se stává rizikovým při 25 bodech a více. 5 (11,11 %) dotázaných považuje pacienta za rizikového při nižším počtu než je 25 bodů a 2 (4,44 %) respondentky na tuto otázku neodpověděly.

Dotazníková položka č. 8 – Zaznamenání problému oslovenými respondentkami při přidělování bodového ohodnocení v některé z posuzovaných oblastí používané hodnotící škály.

Tab. 8 Zaznamenání problému oslovenými respondentkami při přidělování bodového ohodnocení v některé z posuzovaných oblastí používané hodnotící škály.

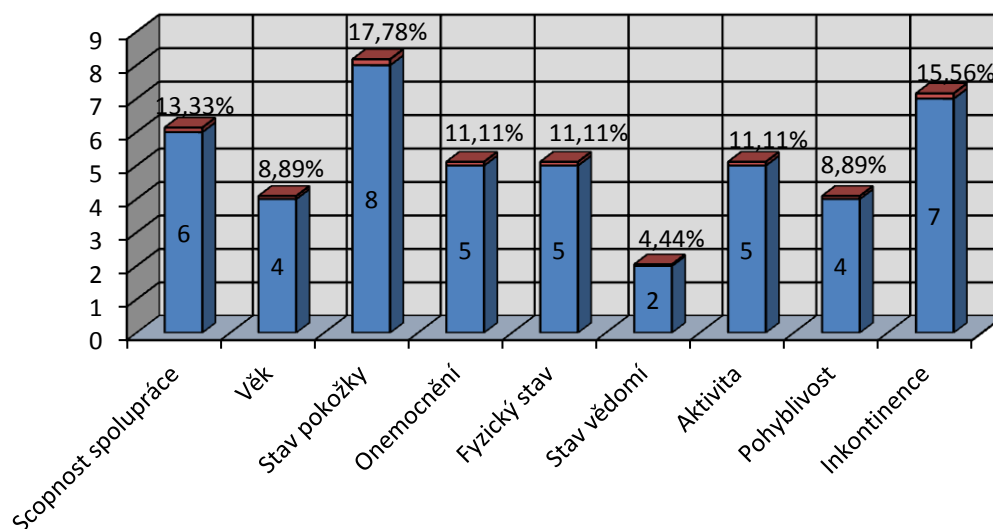
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	28,89 %
Ne	31	68,89 %
Neuvedeno	1	2,22 %

Komentář:

Z tabulky číslo 8 vyplývá, že při hodnocení rizika vzniku dekubitů prostřednictvím hodnotící škály v některé z posuzovaných oblastí zaznamenalo problém 13 (28,89 %) respondentek.. 31 (68,89 %) dotázaných nezaznamenalo žádný problém a 1 (2,22 %) respondentka na tuto otázku neodpověděla.

Tab. 9 Oblasti, v kterých respondentky při přidělování bodového ohodnocení zaznamenaly problém.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Schopnost spolupráce	6	13,33 %
Věk	4	8,89 %
Stav pokožky	8	17,78 %
Onemocnění	5	11,11 %
Fyzický stav	5	11,11 %
Stav vědomí	2	4,44 %
Aktivita	5	11,11 %
Pohyblivost	4	8,89 %
Inkontinence	7	15,56 %



Graf 3 Oblasti, v kterých respondentky při přidělování bodového ohodnocení zaznamenaly problém.

Komentář:

Z tabulky číslo 9 a grafu číslo 3 vyplývá, že 5 (11,11 %) respondentek zaznamenalo při přidělování bodového ohodnocení problém v položce onemocnění, fyzický stav a také v aktivitě. Nejvíce jich 8 (17,78 %) zaznamenalo problém při hodnocení stavu pokožky. 7 (15,56 %) jich pak zaznamenalo problém v oblasti inkontinence. 6 (13,33%) při hodnocení pacientovi schopnosti spolupracovat. Ve 4 (8,89 %) případech měly respondentky problém při přidělování bodového ohodnocení v oblasti věk a pohyblivost a 2 (4,44 %) dotázané hodnotily jako problematickou oblast stav vědomí.

Dotazníková položka č. 9 – Názor respondentek na citlivost jimi používané škály pro odhalení rizika vzniku dekubitů.

Tab. 10 Názor respondentek na citlivost jimi používané škály pro odhalení rizika vzniku dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	40,00 %
Spíše ano	21	46,67 %
Spíše ne	3	6,67 %
Ne	3	6,67 %
Nevím	0	0,00 %

Komentář:

Tabulka číslo 10 nám znázorňuje názor 45 (100,00 %) respondentek na citlivost jimi používané škály pro odhalení rizika vzniku dekubitů. Pro 18 (40,00 %) dotázaných je škála citlivá dostatečně. 21 (46,67 %) respondentek odpovědělo spíše ano, tedy že škála je spíše citlivá. 3 (6,67 %) respondentky zvolily odpověď spíše ne a 3 (6,67 %) respondentky odpověděly ne, škálu tedy nepovažují za dostatečně citlivou.

Dotazníková položka č. 10 – Zaznamenání případů, v kterých by respondentky ohodnotily pacienta ohledně rizika vzniku dekubitů jinak než jejich kolegyně.

Tab. 11 Zaznamenání případů, v kterých by respondentky ohodnotily pacienta ohledně rizika vzniku dekubitů jinak než jejich kolegyně.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, často	5	11,11 %
Občas	25	55,56 %
Zřídka	11	24,44 %
Ne, nezaznamenala	4	8,89 %

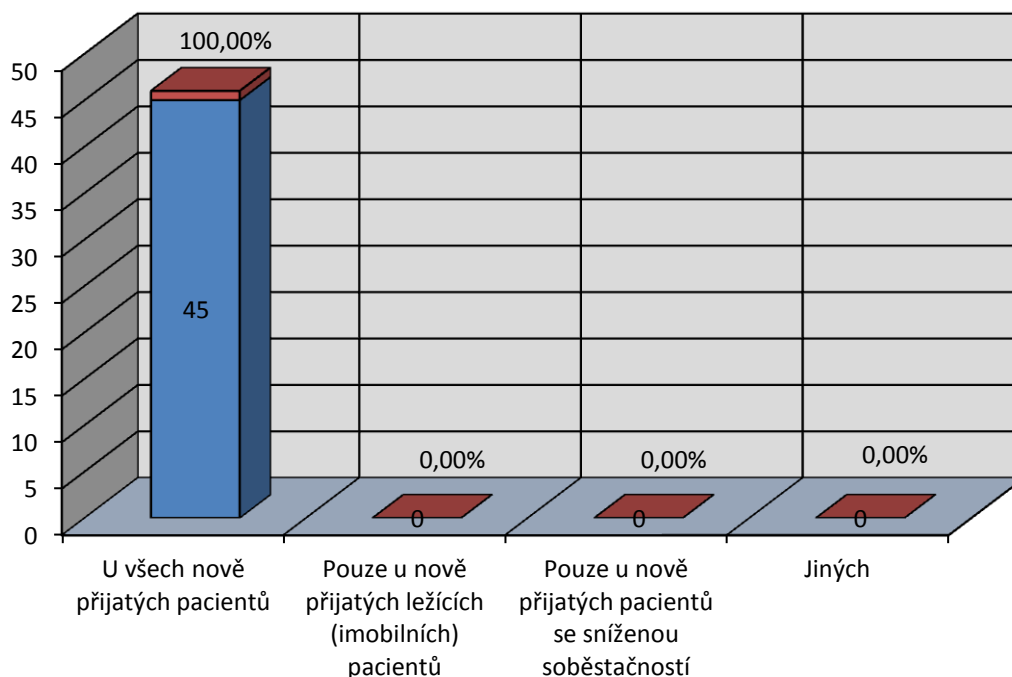
Komentář:

Tabulka číslo 11 znázorňuje, že ze 45 (100,00 %) respondentek by 5 (11,11 %) z nich ohodnotilo riziko vzniku dekubitů často jinak než jejich kolegyně. 25 (55,56 %) respondentek odpovědělo, že případy, kdy by toto riziko zhodnotily jinak, zaznamenaly občas. Odpověď zřídka uvedlo 11 (24,44 %) respondentek a žádný případ nezaznamenaly 4 (8,89 %) dotázané.

Dotazníková položka č. 11 – Pacienti, u nichž je respondentkami při zahájení hospitalizace hodnoceno riziko vzniku dekubitů.

Tab. 12 Pacienti, u nichž je respondentkami při zahájení hospitalizace hodnoceno riziko vzniku dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
U všech nově přijatých pacientů	45	100,00%
Pouze u nově přijatých ležících (imobilních) pacientů	0	0,00%
Pouze u nově přijatých pacientů se sníženou soběstačností	0	0,00%
Jiných	0	0,00%



Graf 4 Pacienti, u nichž je respondentkami při zahájení hospitalizace hodnoceno riziko vzniku dekubitů.

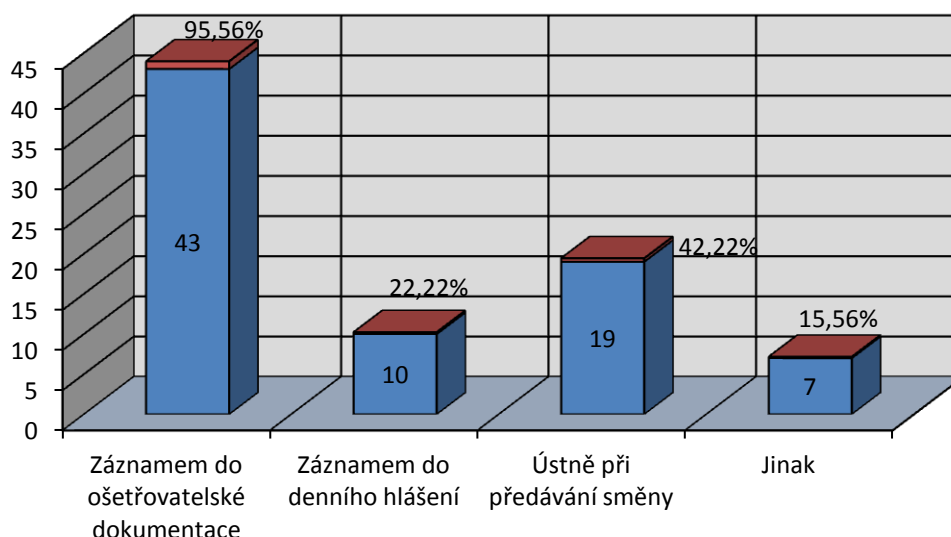
Komentář:

Z tabulky číslo 12 a z grafu číslo 4 vyplývá, že všechny respondentky 45 (100,00 %) odpověděly jednoznačně. Riziko vzniku dekubitů hodnotí u všech nově přijatých pacientů.

Dotazníková položka č. 12 – Forma, kterou respondentky své kolegyně informují o rizikovitosti pacienta pro vznik dekubitů (respondentky mohly označit více odpovědí).

Tab. 13 Forma, kterou respondentky své kolegyně informují o rizikovitosti pacienta pro vznik dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Záznamem do ošetřovatelské dokumentace	43	95,56%
Záznamem do denního hlášení	10	22,22 %
Ústně při předávání směny	19	42,22 %
Jinak	7	15,56 %



Graf 5 Forma, kterou respondentky své kolegyně informují o rizikovitosti pacienta pro vznik dekubitů.

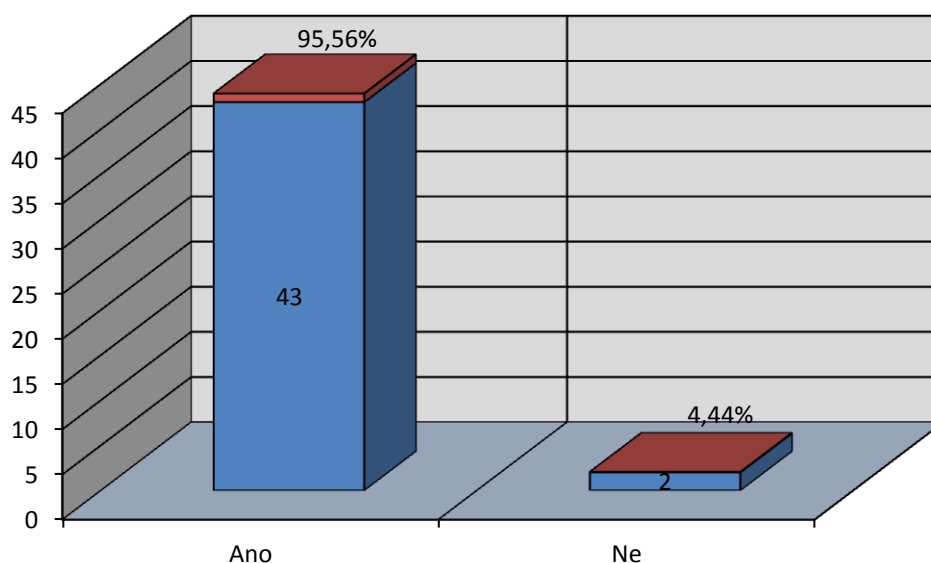
Komentář:

Z tabulky číslo 13 a z grafu číslo 5 vyčteme, že ze 45 (100,00 %) respondentek jich 43 (95,56 %) provádí o riziku vzniku dekubitů u pacienta zápis do jeho ošetřovatelské dokumentace. 10 (22,22 %) jich provádí zápis do denního hlášení. 19 (42,22 %) respondentek předává tuto informaci svým kolegyním ústně při předávání směny. 7 (15,56 %) respondentek zvolilo také odpověď jinak s možností odpovědět volně vlastními slovy. Respondentky zde uvedly, označení barevného štítku pacientova identifikačního náramku, přiřazení zkratky RVD na tabuli se jmény pacientů a označení desek pacientovy dokumentace.

Dotazníková položka č. 13 – Mají respondentky na svém oddělení nějaký dohodnutý způsob, kterým rozlišují pacienty rizikové pro vznik dekubitů od nerizikových.

Tab. 14 Mají respondentky na svém oddělení nějaký dohodnutý způsob, kterým rozlišují pacienty rizikové pro vznik dekubitů od nerizikových.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	43	95,56 %
Ne	2	4,44 %



Graf 6 Mají respondentky na svém oddělení nějaký dohodnutý způsob, kterým rozlišují pacienty rizikové pro vznik dekubitů od nerizikových.

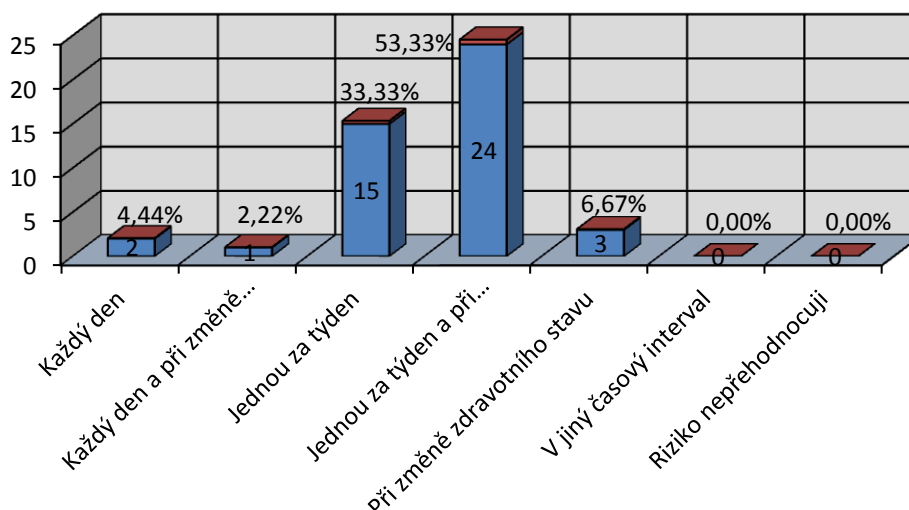
Komentář:

Z tabulky číslo 14 také z grafu číslo 6 vyčteme, že ze 45 (100,00 %) respondentek jich 43 (95,56 %) označuje rizikového pacienta pro vznik dekubitů dle dohodnutého způsobu. 2 (4,44 %) respondentky rizikové pacienty od ostatních nerozlišují.

Dotazníková položka č. 14 – Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u již zaznamenaných rizikových pacientů v průběhu hospitalizace.

Tab. 15 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u již zaznamenaných rizikových pacientů v průběhu hospitalizace.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	2	4,44 %
Každý den a při změně zdravotního stavu	1	2,22 %
Jednou za týden	15	33,33 %
Jednou za týden a při změně zdravotního stavu	24	53,33 %
Při změně zdravotního stavu	3	6,67 %
V jiný, časový interval	0	0,00 %
Riziko nepřehodnocuji	0	0,00 %



Graf 7 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u již zaznamenaných rizikových pacientů v průběhu hospitalizace.

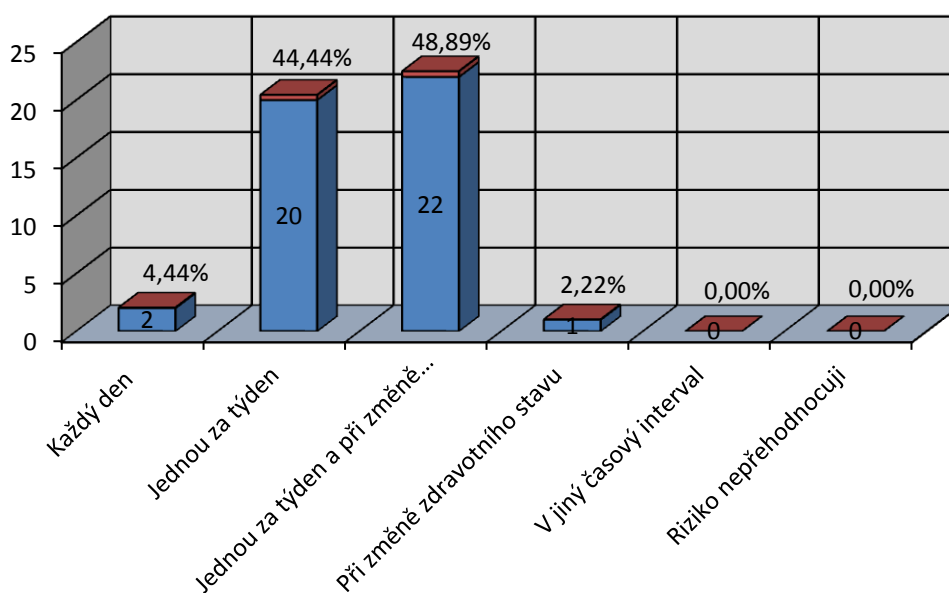
Komentář:

Z tabulky 15 a také z grafu číslo 7 vyplývá, že ze 45 (100,00 %) respondentek jich 24 (53,33 %) provádí přehodnocení rizikových pacientů jednou za týden a při změně zdravotního stavu. 15 (33,33 %) respondentek toto riziko přehodnocuje jednou za týden. 3 (6,67 %) pouze při změně zdravotního stavu. 2 (4,44 %) respondentky riziko přehodnocují každý den a 1 (2,22 %) dotázaná riziko přehodnocuje každý den a také při změně zdravotního stavu.

Dotazníková položka č. 15 – Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u pacientů, u kterých nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko pro vznik dekubitů (respondentky mohly označit více odpovědí).

Tab. 16 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u pacientů, u kterých nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko pro vznik dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den	2	4,44 %
Jednou za týden	20	44,44 %
Jednou za týden a při změně zdravotního stavu	22	48,89 %
Při změně zdravotního stavu	1	2,22 %
V jiný, časový interval	0	0,00 %
Riziko nepřehodnocuji	0	0,00 %



Graf 8 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u pacientů, u kterých nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko pro vznik dekubitů.

Komentář:

Z tabulky číslo 16 a z grafu číslo 8 vyplývá, že 22 (48,89 %) respondentek provádí přehodnocení rizika vzniku dekubitů u nerizikových pacientů jednou za týden a při změně jejich zdravotního stavu. 20 (44,44 %) jich pak toto přehodnocení provádí jednou za týden. Pouze 2 (4,44 %) respondentky provádějí přehodnocení každý den a 1 (2,22 %) pouze pokud se změní pacientův zdravotní stav.

Dotazníková položka č. 16 – Účast respondentek na vzdělávací akci týkající se problematiky dekubitů v posledním roce.

Tab. 17 Účast respondentek na vzdělávací akci týkající se problematiky dekubitů v posledním roce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	51,11 %
Ne	22	48,89 %

Komentář:

Z tabulky číslo 17 vyplývá, že v posledním roce se vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů zúčastnilo ze 45 (100,00 %), 23 (51,11 %) respondentek. 22 (48,89 %) respondentek se nezúčastnilo žádné akce, která by se týkala oblasti dekubitů.

Tab. 18 Oblast z problematiky dekubitů, na kterou byla vzdělávací akce zaměřena.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na prevenci dekubitů	6	13,33 %
Na techniky moderního vlhkého hojení	11	24,44 %
Kombinace výše uvedeného	6	13,33 %
Jiné	0	0,00 %

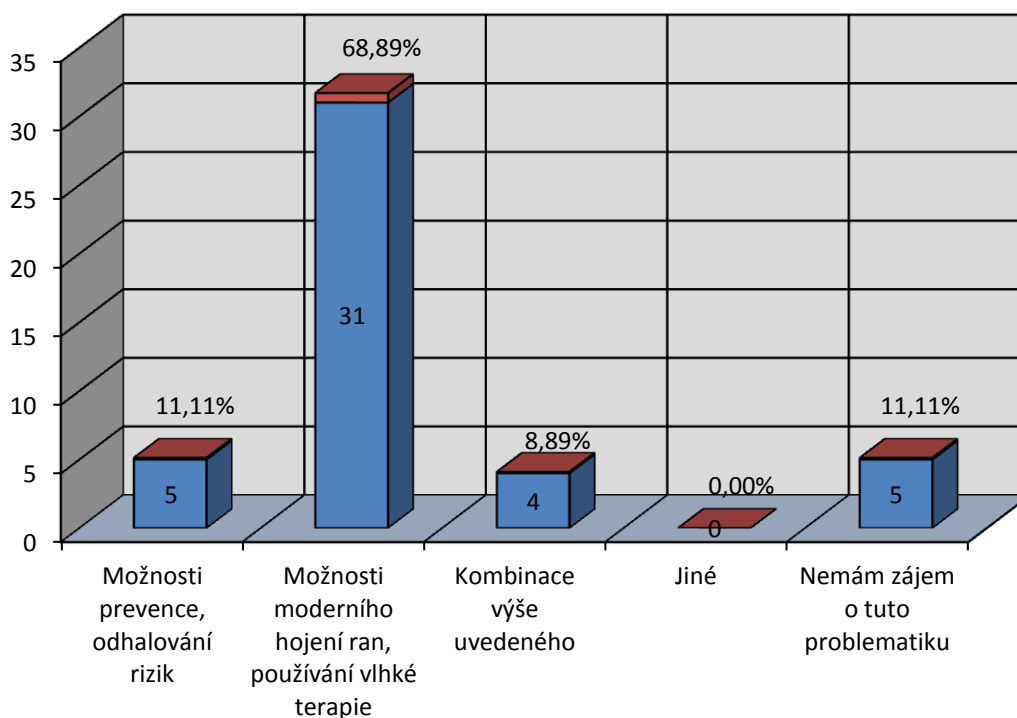
Komentář:

Z tabulky číslo 18 vyplývá, že se 6 (13,33 %) respondentek zúčastnilo akce se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů. 11 (24,44 %) respondentek absolvovalo vzdělávací akci se zaměřením na techniky moderního vlhkého hojení a 6 (13,33 %) respondentek absolvovalo vzdělávací akci se zaměřením na obě výše zmíněné problematiky.

Dotazníková položka č. 17 – Oblast, která respondentky z problematiky dekubitů zajímá nejvíce.

Tab. 19 Oblast, která respondentky z problematiky dekubitů zajímá nejvíce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Možnosti prevence, odhalování rizik	5	11,11 %
Možnosti moderního hojení ran, používání vlhké terapie	31	68,89 %
Kombinace výše uvedeného	4	8,89 %
Jiné	0	0,00 %
Nemám zájem o tuto problematiku	5	11,11 %



Graf 9 Oblast, která respondentky z problematiky dekubitů zajímá nejvíce.

Komentář:

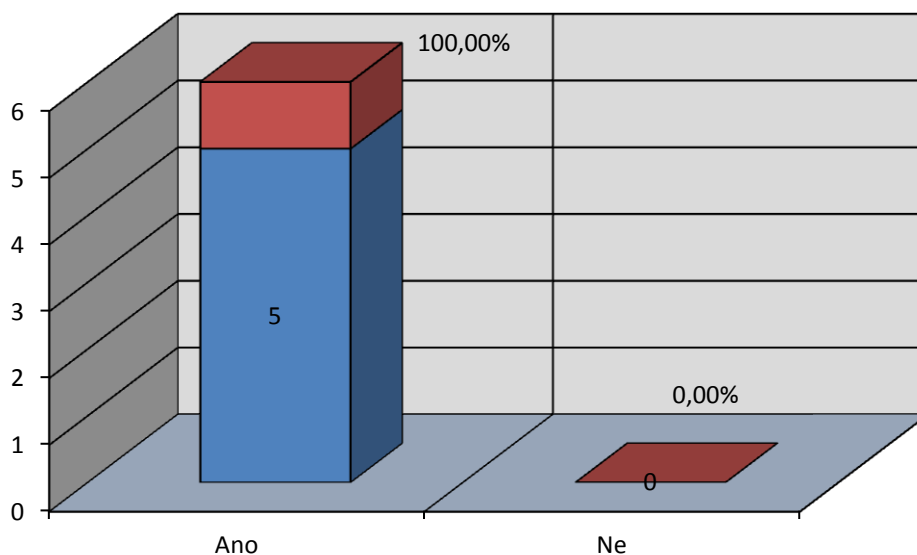
Z tabulky číslo 19 a z grafu číslo 9 vyčteme, že nejvíce 31 (68,89 %) respondentek má zájem o možnosti moderního hojení ran a používání vlhké terapie. 5 (11,11 %) respondentek má největší zájem o možnosti prevence a odhalování rizik. Další 4 (8,89%) respondentky by uvítaly nové poznatky z výše zmíněných oblastí a 5 (11,11 %) jich o tuto problematiku nemá zájem.

3.4.2 Analýza osobního šetření zaměřeného na vedoucí pracovníce ošetrovatelského úseku vybraných pěti nemocnic.

Dotazníková položka č. 1a – Použití hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů ve vybraných nemocnicích.

Tab. 20 Použití hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů ve vybraných nemocnicích.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	100,00 %
Ne	0	0,00 %



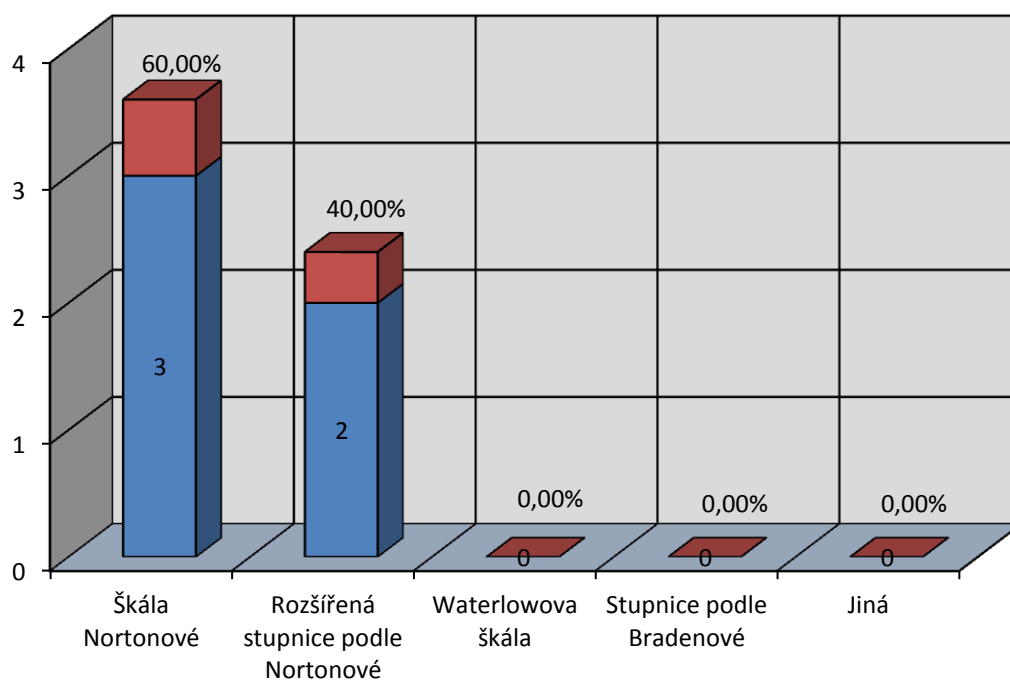
Graf 10 Použití hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů ve vybraných nemocnicích.

Komentář:

Z tabulky číslo 20 a z grafu číslo 10 vyplývá, že ve všech 5 (100,00 %) oslovených nemocnicích je k zhodnocení rizika vzniku dekubitů používána hodnotící škála.

Tab. 21 Typ škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, která se používá v oslovených nemocnicích.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Škála Nortonové	3	60,00 %
Rozšířená stupnice podle Nortonové	2	40,00 %
Waterlowova škála	0	0,00 %
Stupnice podle Bradenové	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



Graf 11 Typ škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, která se používá v oslovených nemocnicích.

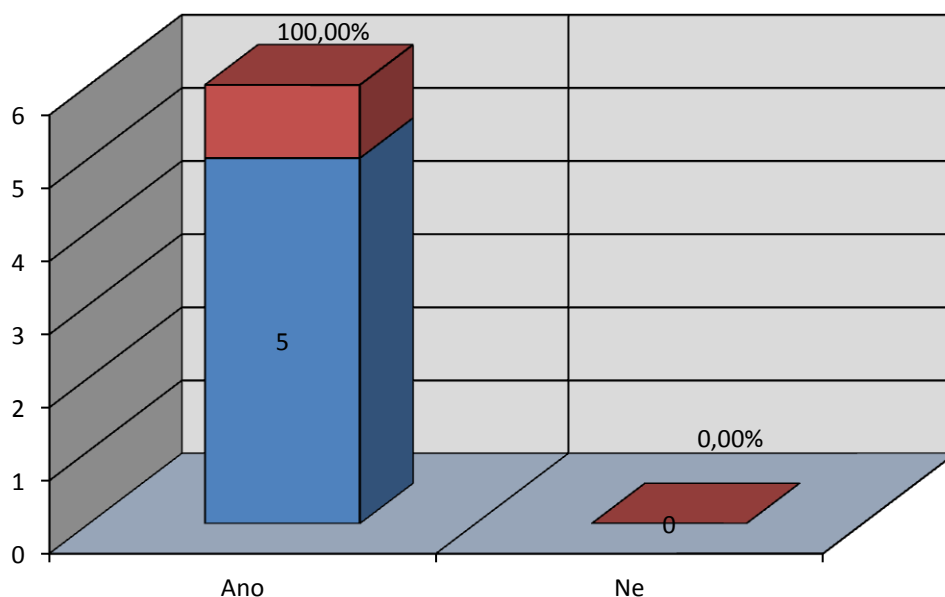
Komentář:

Tabulka číslo 21 a graf číslo 11 nám znázorňují odpovědi oslovených vedoucích pracovníků ošetrovatelského úseku z vybraných nemocnic. Ve 3 (60,00 %) nemocničních zařízeních je ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů používána Škála Nortonové. 2 (40,00%) zařízení používají Rozšířenou stupnici podle Nortonové.

Dotazníková položka č. 2b – Jednotnost při použití škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů na všech odděleních nemocnice.

Tab. 22 Jednotnost při použití škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů na všech odděleních nemocnice.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	100,00 %
Ne	0	0,00 %



Graf 12 Jednotnost při použití škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů na všech odděleních nemocnice.

Komentář:

Z tabulky číslo 22 a grafu číslo 12 vyplývá, že ve všech 5 (100,00 %) nemocničních zařízeních je systém použití hodnotící škály jednotný pro všechna oddělení.

Dotazníková položka č. 3c – Vypracovaný standard ošetrovateľskej péče pro oblast prevence vzniku dekubitů v oslovených nemocničných zařízeních.

Tab. 23 Vypracovaný standard ošetrovateľskej péče pro oblast prevence vzniku dekubitů v oslovených nemocničných zařízeních.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - má	5	100,00 %
Ne - nemá	0	0,00 %

Komentář:

Z tabulky číslo 23 vyplývá, že všechna 5 (100,00 %) oslovená nemocniční zařízení mají vypracovaný standard ošetrovateľskej péče v oblasti prevence dekubitů.

Dotazníková položka č. 4d – Vypracovaný standard ošetrovateľskej péče pro oblast ošetrování dekubitů v oslovených nemocničných zařízeních

Tab. 24 Vypracovaný standard ošetrovateľskej péče pro oblast ošetrování dekubitů v oslovených nemocničných zařízeních.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano – má	4	80,00 %
Ne – nemá	1	20,00 %

Komentář:

Z tabulky číslo 24 vyplývá, že z 5 (100,00 %) oslovených nemocničných zařízení mají 4 (80,00 %) zařízení vypracovaný standard ošetrovateľskej péče pro oblast ošetrování dekubitů. V 1 (20,00 %) nemocničním zařízení tento standard nemají.

Dotazníková položka č. 5d – Svolení vedoucích pracovních ošetrovatelského úseku oslovených nemocnic k seznámení se standardy ošetrovatelské péče pro oblast dekubitů.

Tab. 25 Svolení vedoucích pracovních ošetrovatelského úseku oslovených nemocnic k seznámení se standardy ošetrovatelské péče pro oblast dekubitů.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - je možné nahlédnout a zapsat si poznámky	2	40,00 %
Ano - je možné použít kopii dokumentu a to pouze pro mé studijní účely, kopie nebude dále šířena ani poskytnuta třetí straně	1	20,00 %
Ano - je možné použít kopii dokumentu jako součást přílohy bakalářské práce	1	20,00 %
Ne - nemohu	1	20,00 %

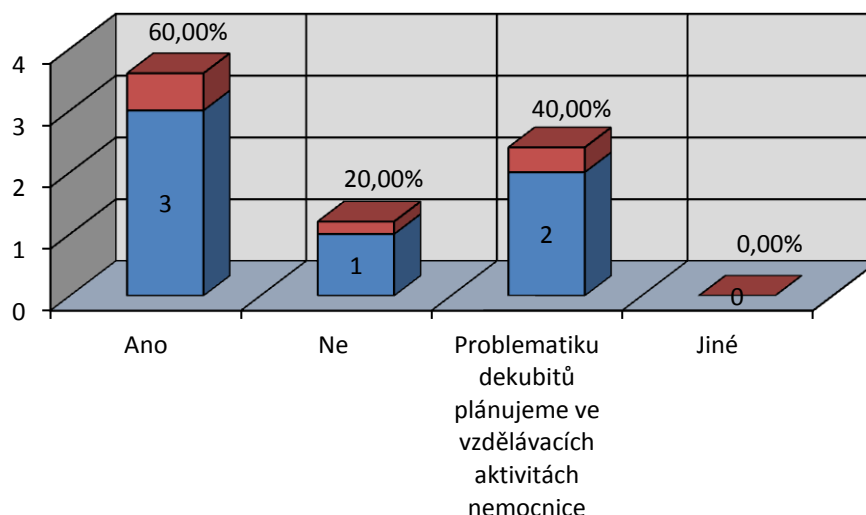
Komentář:

Z tabulky číslo 25 vyplývá, že z 5 (100,00 %) oslovených nemocnic mi bylo vedoucími pracovníky ošetrovatelského úseku ve 2 (40,00 %) případech dovoleno nahlédnout do standardu ošetrovatelské péče a zapsat si poznámky. Konkrétně se jednalo o Fakultní nemocnici Hradec Králové a Oblastní nemocnici Trutnov a.s. V 1 (20,00 %) zařízení mi bylo umožněno použít kopii dokumentu a to pouze pro mé studijní účely. Jednalo se o Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o.. V 1 (20,00 %) zařízení, konkrétně v Krajské nemocnici Liberec, a.s. mi bylo dovoleno použít kopii dokumentu jako součást přílohy bakalářské práce. V posledním zařízení 1 (20,00 %) Městské nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem mi náhled do standardu ošetrovatelské péče nebyl umožněn.

Dotazníková položka č. 6e – Vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů pořádaná nemocničním zařízením v posledním roce.

Tab. 26 Vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů pořádaná nemocničním zařízením v posledním roce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	3	60,00 %
Ne	1	20,00 %
Problematiku dekubitů plánujeme ve vzdělávacích aktivitách nemocnice	2	40,00 %
Jiné	0	0,00 %



Graf 13 Vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů pořádaná nemocničním zařízením v posledním roce.

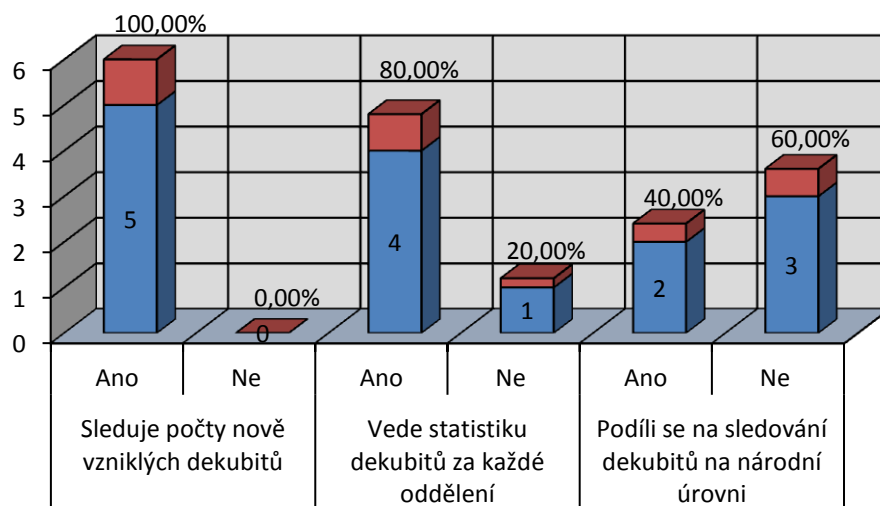
Komentář:

Z tabulky číslo 26 a grafu číslo 13 se dozvíme, že v uplynulém roce proběhla vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů ve 3 (60,00 %) nemocničních zařízeních. Konkrétně v Oblastní nemocnici Trutnov a.s., ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a v Krajské nemocnici Liberec, a.s.. V Městské nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem 1 (20,00 %) vzdělávací akce se zaměřením na tuto problematiku neproběhla. Dále pak vedoucí pracovníce ošetrovatelského úseku z Fakultní nemocnice Hradec Králové a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. odpověděly 2 (40,00 %), že problematiku dekubitů plánují i nadále ve vzdělávacích aktivitách nemocnice.

Dotazníková položka č. 7g – Aktivita nemocničních zařízení na úrovni prevence a léčby dekubitů.

Tab. 27 Aktivita nemocničních zařízení na úrovni prevence a léčby dekubitů.

Otázka	Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sleduje počty nově vzniklých dekubitů	Ano	5	100,00 %
	Ne	0	0,00 %
Vede statistiku dekubitů za každé oddělení	Ano	4	80,00 %
	Ne	1	20,00 %
Podílí se na sledování dekubitů na národní úrovni	Ano	2	40,00 %
	Ne	3	60,00 %



Graf 14 Aktivita nemocničních zařízení na úrovni prevence a léčby dekubitů.

Komentář:

Tabulka 27 a graf číslo 14 znázorňují, že ve všech 5 (100,00 %) mnou oslovených nemocničních zařízeních jsou sledovány počty nově vzniklých dekubitů. Ve 4 (80,00%) zařízeních je také zpracovávána z každého oddělení statistika dekubitů. Konkrétně se jedná o Fakultní nemocnici Hradec Králové, Krajskou nemocnici Liberec, a.s., Městskou nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem a Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o.. V Oblastní nemocnici Trutnov a.s. 1 (20,00 %) statistiku zpracovanou nemají. Dále mi vedoucí pracovnice 2 (40,00 %) z Fakultní nemocnice Hradec Králové a z Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. odpověděly, že se podílí na sledování dekubitů na národní úrovni. V 3 (60,00 %) zbylých nemocnicích dekubity na národní úrovni nesledují.

Dotazníková položka č. 8h – Reakce oslovených nemocničních zařízení na zvýšený výskyt nově vzniklých dekubitů z téhož oddělení.

Tab. 28 Reakce oslovených nemocničních zařízení na zvýšený výskyt nově vzniklých dekubitů z téhož oddělení.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Interním auditem	2	40,00 %
Rozborem situace se staniční/vrchní sestrou	5	100,00 %
Posílením personálu ve směnách	0	0,00 %
Navýšením preventivních pomůcek pro dané oddělení	2	40,00 %
Vzdělávací akcí	1	20,00 %
Jinak	1	20,00 %

Komentář:

Z tabulky číslo 28 vyplývá, že ve všech 5 (100,00 %) nemocničních zařízeních by vzniklou situaci vedoucí pracovníce ošetrovatelského úseku řešily rozborem situace se staniční nebo vrchní sestrou. Ve 2 (40,00 %) případech by také na daném oddělení podnikly interní audit. Posílení personálu ve směnách na daném oddělení by nevolila žádná 0 (0,00 %) z vedoucích pracovníků. Naopak by ve 2 (40,00 %) zařízeních na problematickém oddělení navýšily počet preventivních pomůcek. V 1 (20,00 %) nemocničním zařízení by uspořádaly vzdělávací akci a v 1 (20,00 %) případě, by situaci řešily i jiným způsobem. Konkrétně se jedná o Fakultní nemocnici Hradec Králové, kde funguje skupina sester specializovaných na hojení chronických ran, které dochází na kliniku a poskytují sestrám z daného oddělení rady v oblasti hojení. Jejich návštěvy fungují formou konzilia.

3.4.3 Záznam o provedeném osobním šetření

Tento list o provedeném osobním šetření prezentuje stanovené tři cíle s popsányými výsledky získanými na základě prostudování standardů ošetrovatelské péče pro prevenci vzniku dekubitů (dále jen SOP) vybraných pěti nemocnic.

Cíl č. 1: Zjistit, zda je ve standardu ošetrovatelské péče pro prevenci vzniku dekubitů definován postup pro hodnocení rizika vzniku dekubitů prostřednictvím hodnotící škály.

- **Fakultní nemocnice Hradec Králové**

- SOP této nemocnice stanovuje hodnotit riziko vzniku dekubitů u každého pacienta při příjmu k hospitalizaci a to prostřednictvím hodnotící škály Nortonové

- **Oblastní nemocnice Trutnov a.s.**

- V SOP je přímo definováno: „Posouzení rizikového pacienta dle škály např. Nortonové“.
- Rozšířená škála dle Nortonové je součástí příjmové anamnézy na JIP, sestry ji tedy automaticky používají, v SOP to však není zahrnuto.
- Škála Nortonové se nachází na standardních odděleních, není zahrnuta v příjmové anamnéze a SOP nestanovuje hodnotit každého pacienta při příjmu k hospitalizaci, je tedy na rozhodnutí sester u koho tuto škálu použijí.
- SOP nabádá k včasné diagnostice stupně dekubitu, ale nikoliv nenabádá k včasné diagnostice rizika vzniku dekubitu.

- **Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem**

- V tomto nemocničním zařízení mi nebyl umožněn přístup k SOP.

- **Krajská nemocnice Liberec, a.s.**

- SOP stanovuje hodnotit riziko vzniku dekubitů u každého nově přijatého pacienta v rámci ošetrovatelské anamnézy a to prostřednictvím modifikované škály dle Nortonové.

- **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**
 - SOP stanovuje vytipovat ohrožené pacienty prostřednictvím hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů v rámci screeningu, který je součástí ošetrovatelské anamnézy. Použita je zde škála Nortonové.

Cíl č. 2: Zjistit, zda SOP pro prevenci vzniku dekubitů stanovuje postup pro speciální označení, kterým sestry odlišují rizikové pacienty pro vznik dekubitů od pacientů, kteří rizikový nejsou.

- **Fakultní nemocnice Hradec Králové**
 - SOP této nemocnice nestanovuje žádný speciální postup pro odlišení rizikové skupiny pacientů pro vznik dekubitů od skupiny pacientů, která riziková není.
- **Oblastní nemocnice Trutnov a.s.**
 - SOP této nemocnice nestanovuje žádný speciální postup pro odlišení rizikové skupiny pacientů pro vznik dekubitů od skupiny pacientů, která riziková není.
- **Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem**
 - V tomto nemocničním zařízení mi nebyl umožněn přístup k SOP.
- **Krajská nemocnice Liberec, a.s.**
 - SOP této nemocnice stanovuje sestrám odlišovat rizikové pacienty od nerizikových, prostřednictvím zelené samolepky, umístěné na identifikačním náramku pacienta a na deskách s jeho zdravotnickou dokumentací.
- **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**
 - SOP této nemocnice nestanovuje žádný speciální postup pro odlišení rizikové skupiny pacientů pro vznik dekubitů od skupiny pacientů, která riziková není.

Cíl č. 3: Zjistit jakou udává SOP frekvenci pro přehodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů prostřednictvím hodnotící škály pro toto riziko.

- **Fakultní nemocnice Hradec Králové**
 - SOP stanovuje riziko vzniku dekubitů přehodnocovat u každého pacienta bez ohledu na to, zda je rizikový či nikoliv a to v rozsahu 1 x týdně.
 -
- **Oblastní nemocnice Trutnov a.s.**
 - SOP v této nemocnici nezahrnuje postup pro přehodnocení rizika vzniku dekubitů.
- **Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem**
 - V tomto nemocničním zařízení mi nebyl umožněn přístup k SOP.
- **Krajská nemocnice Liberec, a.s.**
 - SOP této nemocnice sestřám stanovuje přehodnocovat riziko vzniku dekubitů na standardních odděleních vždy 1 x za týden a na JIP a ARO vždy 2 x za týden. Dále vždy při překladi pacienta na jiné oddělení a také při jakékoli změně jeho zdravotního stavu.
- **Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.**
 - SOP v této nemocnici nezahrnuje postup pro přehodnocení rizika vzniku dekubitů.

3.4.4 Statistické vyhodnocení hypotéz

Statistické vyhodnocení hypotéz bylo zpracováno ve spolupráci s Ing. Jakubem Láskou, byla použita metoda Chí-kvadrátu, testu dobré shody (viz. Příloha č. 19).

Hypotéza č. 1: Sestry používají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové.

H0: Sestry nepoužívají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové. (Nepreferují určitou hodnotící škálu)

H1: Sestry používají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové. (Preferují určitou hodnotící škálu)

Tab. 29 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 1

Odpověď	Pozorovaná četnost P	Očekavaná četnost O	$(P - O)^2/O$
Škála Nortonové	3	1	4
Rozšířená stupnice podle Nortonové	2	1	1
Waterlowova škála	0	1	1
Stupnice podle Bradenové	0	1	1
Jiná	0	1	1
χ^2 :			8

Stupeň volnosti: 4

Hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota: 9,488

$8 < 9.488$

Spočtená hodnota testového kritéria χ^2 je menší než kritická hodnota.

Spočtená hodnota testového kritéria (8) nepřekračuje mez vymežující kritický obor (9.488). Přijímáme H0.

Závěr: Sestry nepoužívají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové. **Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.**

Hypotéza č. 2: Sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů.

H0: Sestry primárně nehodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace u všech pacientů. (Nepreferují jednu z odpovědí)

H1: Sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů. (Preferují jednu z odpovědí)

Tab. 30 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 2

Odpověď	Pozorovaná četnost P	Očekavaná četnost O	$(P - O)^2/O$
U všech nově přijatých pacientů	45	11,25	101,25
Pouze u nově přijatých ležících (imobilních) pacientů	0	11,25	11,25
Pouze u nově přijatých pacientů se sníženou soběstačností	0	11,25	11,25
Jiných	0	11,25	11,25
			χ^2 : 135

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota: 7,815

$135 > 7.815$

Spočtená hodnota testového kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota

Spočtená hodnota testového kritéria (135) překračuje mez vymezující kritický obor (7.815). Přijímáme H1.

Závěr: Sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů. **Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

Hypotéza č. 3: Sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace.

H0: Sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů neinformují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace. (Nepreferují jednu z odpovědí)

H1: Sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace. (Preferují jednu z odpovědí)

Tab. 31 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 3

Odpověď	Pozorovaná četnost P	Očekavaná četnost O	$(P - O)^2/O$
Záznamem do ošetrovatelské dokumentace	43	19,75	27,370
Záznamem do denního hlášení	10	19,75	4,813
Ústně při předávání směny	19	19,75	0,028
Jinak	7	19,75	8,231
X^2 :			40,443

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota: 7,815

$40.443 > 7.815$

Spočtená hodnota testového kritéria X^2 je větší než kritická hodnota.

Spočtená hodnota testového kritéria (40.443) překračuje mez vymezující kritický obor (7.815). Přijímáme H1.

Závěr: Sestry se o rizikových pacientech pro vznik dekubitů informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace. **Hypotéza č. 3 se potvrdila.**

Hypotéza č. 4: Sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace přehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů.

H0: Sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace nepřehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů. (Nepreferují jednu z odpovědí)

H1: Sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace přehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů. (Preferují jednu z odpovědí)

Tab. 32 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 4

Odpověď	Pozorovaná četnost P	Očekavaná četnost O	(P - O) ² /O
Každý den	2	6,43	3,052
Každý den a při změně zdravotního stavu	1	6,43	4,586
Jednou za týden	15	6,43	11,422
Jednou za týden a při změně zdravotního stavu	24	6,43	48,010
Při změně zdravotního stavu	3	6,43	1,830
V jiný, časový interval	0	6,43	6,430
Riziko nepřehodnocuji	0	6,43	6,430
χ^2 :			68,900

Stupeň volnosti: 6

Hladina významnosti: 0,05

Kritická hodnota: 12,592

68.9 > 12.592

Spočtená hodnota testového kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota.

Spočtená hodnota testového kritéria (68.9) překračuje mez vymezující kritický obor (12.592), je zde jasná preference dvou odpovědí, avšak hypotézu H1 musíme zamítnout.

Závěr: Směnné sestry nevolily odpovědi náhodně, je zde patrná preference odpovědí. Preferují odpověď: Jednou za týden a při změně zdravotního stavu.
Hypotéza č. 4 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 5: Sestry v rámci profesního vzdělávání nemají v oblasti dekubitů zájem o problematiku primární prevence, ale více se zajímají o metody moderního hojení ran.

H0: Sestry, v rámci jejich profesního vzdělávání, nemají z problematiky dekubitů vyhraněnou oblast, která by je nejvíce zajímala.

H1: Sestry v rámci profesního vzdělávání nemají v oblasti dekubitů zájem o problematiku primární prevence, ale více se zajímají o metody moderního hojení ran. (Preferují jednu z odpovědí)

Tab. 33 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 5

Odpověď	Pozorovaná četnost P	Očekavaná četnost O	$(P - O)^2/O$
Možnosti prevence, odhalování rizik	5	18	9,389
Možnosti moderního hojení ran, po-užívání vlhké terapie	31	18	9,389
χ^2 :			18,778

Stupeň volnosti: 1

Hladina významnosti: 0.05

Kritická hodnota: 3.841

$18.778 > 3.841$

Spočtená hodnota testového kritéria χ^2 je větší než kritická hodnota.

Spočtená hodnota testového kritéria (18.778) překračuje mez vymezující kritický obor (3.841). Přijímáme H1.

Závěr: Sestry v rámci profesního vzdělávání nemají v oblasti dekubitů zájem o problematiku primární prevence, ale více se zajímají o metody moderního hojení ran.

Hypotéza č. 5 se potvrdila.

4 DISKUZE

Téma pro mou bakalářskou práci s názvem „Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi“ jsem si zvolila, protože se domnívám, že je tato problematika neustále aktuální. Vznik dekubitů je často považován za důsledek nekvalitně poskytované ošetrovatelské péče i proto je v mnohých zdravotních zařízeních na tento fakt pohlíženo jako na jeden z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Ve své práci se tedy snažím zmapovat problematiku primární prevence se zaměřením na hodnocení rizika vzniku dekubitů a tedy na identifikaci rizikových pacientů.

Pro svou práci jsem si stanovila tři cíle a pět výzkumných hypotéz. V prvním cíli jsem si vytýčila zjistit, jakým způsobem sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů a na jaké pacienty v tomto směru zaměřují svou pozornost. K tomu to cíli, jsem si stanovila dvě výzkumné hypotézy. V první hypotéze testuji, zda sestry používají k objektivnímu zhodnocení pacienta pro riziko vzniku dekubitů nejčastěji rozšířenou stupnici dle Nortonové. Odpověď na tuto hypotézu jsem zjišťovala ve spolupráci s vedoucími pracovníky (ošetrovatelských úseků vybraných pěti nemocnic). Rozšířená stupnice podle Nortonové je používána dle odpovědí vedoucích pracovníků v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a v Oblastní nemocnici Trutnov a.s.. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., a v Městské nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem používají pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů škálu Nortonové. První hypotéza se nepotvrdila. Proto, abych mohla vyvodit hlubší závěry, musela bych určitě oslovit více pracovišť. Teoretické prameny (Mikuly a Müllerová, 2008) uvádějí, že v současnosti je v České republice nejpoužívanější škálou pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů rozšířená stupnice dle Nortonové. Prostřednictvím internetu jsem dále hledala mezi dostupnými, zveřejněnými bakalářskými a diplomovými pracemi obdobný výzkum, dle kterého bych mohla porovnat data získaná jiným studentem, nicméně jsem nic příléhavého k porovnání výsledků nenalezla.

Hlavním sestrám byla dále položena doplňující otázka, se zaměřením na zjištění jednotnosti při použití stejné hodnotící škály na všech odděleních nemocnice. Všechny vedoucí pracovníky odpověděly, že hodnotící škála, která je používána v jejich zařízení je jednotná pro všechna oddělení nemocnice. Zde jsem poznala, že se věci i v této problematice vyvíjí. Vzhledem k tomu, že jsem zaměstnaná na pozici zdravotnického asistenta v Oblastní nemocnici Trutnov a.s., vím, že na jednotkách intenzivní péče je v současné době používána rozšířená stupnice podle Nortonové a na standardních

odděleních škála Nortonové. Tuto škálu brzy nahradí rozšířená stupnice podle Nortonové, která bude součástí nové ošetrovatelské dokumentace. Jak uvedla hlavní sestra, ta je toho času ve vývinu, ale již brzy by měla být zavedena na všechna standardní oddělení nemocnice. Domnívám se, že jednotný systém hodnocení rizika dekubitů v zařízení, je velmi důležitý pro jasné předávání informací o pacientech.

Druhou výzkumnou hypotézou, která se rovněž pojí k prvnímu cíli, jsem testovala, zda sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů na počátku hospitalizace primárně u všech pacientů. Příslušná data jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření zaměřeného na směnné sestry z vybraných oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. Všechny oslovené respondentky 45 (100,00 %) odpověděly jednoznačně a to tak, že riziko vzniku dekubitů hodnotí u všech nově přijatých pacientů. Druhá hypotéza se potvrdila. Vzhledem k tomu, že mi bylo v Krajské nemocnici Liberec, a.s. umožněno provést osobní šetření se zaměřením na standard ošetrovatelské péče pro oblast dekubitů, mohu říci, že všechny respondentky postupují v souladu s tímto standardem.

Z odpovědi vedoucí pracovnice Krajské nemocnice Liberec a.s., vyplynulo, že je v tomto zařízení ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů používaná rozšířená stupnice podle Nortonové. Vzhledem k tomu, že jsem dotazníkové šetření zaměřené na směnné sestry prováděla v tomto zařízení, chtěla jsem si ověřit, zda sestry škálu k hodnocení rizika vzniku dekubitů opravdu používají a také, zda znají její název. Z doplňující otázky jsem zjistila, že opravdu všechny respondentky 45 (100,10 %) používají pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů hodnotící škálu. 13 (28,89 %) jich dále uvedlo, že při hodnocení využívá ještě své osobní zkušenosti a v 10 (22,22 %) případech odpověděly, že si pacienta rovněž hodnotí pohledem. Při odpovědi respondentek na název dané škály přichází však rozkol. 28 (62,22 %) se jich nesprávně domnívá, že škála, kterou na svém pracovišti používají, se nazývá škála Nortonové a pouze 17 (37,78 %) jich správně uvedlo, že se jedná o rozšířenou stupnici podle Nortonové. 1 (2,22 %) respondentka využila také možnosti volné odpovědi a uvedla, že si pacienta hodnotí současně pomocí Barthel testu, který jí odhaluje úroveň jeho soběstačnosti.

Při zpracovávání teoretické části bakalářské práce jsem zaznamenala zajímavé odchylky v samotném názvu hodnotící škály, tedy v tomto případě rozšířené stupnice podle Nortonové. V české literatuře jsem pro název této hodnotící škály nenalezla jednotné ukotvení a zjistila jsem, že se názvy pro tuto škálu různí. Mikšová ji nazývá

jako skórovací systém pro vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové. Trachtová tuto hodnotící škálu nazývá jako rozšířenou stupnici podle Nortonové. Taktéž i Kapounová se s názvem této hodnotící stupnice liší a popisuje ji jako hodnocení podle Nortonové. Hoffmanová má nad hodnotící tabulkou taktéž odlišný popisek. Konkrétně tuto škálu pojmenovala jako hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové. Taktéž ve standardu ošetrovatelské péče Krajské nemocnice Liberec a.s. se název různí a stupnice je zde pojmenována jako modifikovaná škála dle Nortonové. Můžeme tedy říci, že co autor to odlišný popisek.

Přesto, že název pro Rozšířenou stupnici podle Nortonové není jednotný, tak se od základní škály Nortonové liší v počtu hodnotících položek a také ve výsledném součtu bodů, od něhož je pacient považován za rizikového pro vznik dekubitů.

Vzhledem k tomu, že se názvy pro tuto škálu mnohdy různí, porovnávala jsem mezi sebou opět literaturu, abych zjistila, zda naleznu odchylky i v závěrečném bodovém vyhodnocení. Téměř ve veškeré literatuře, kterou jsem měla k sepsání bakalářské práce k dispozici, je názor autorů jednotný. Uvádají, že riziko vzniku dekubitů vzniká u pacientů se ziskem 25 bodů a méně. Taktéž ve standardu ošetrovatelské péče Krajské nemocnice Liberec a.s. je rizikový pacient definován při výsledném součtu 25 bodů a méně. Pouze Hoffmanová udává, že zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů u pacientů vzniká v momentě, kdy dosáhne méně než 25 bodů.

Prostřednictvím doplňující otázky jsem tedy zjišťovala, zda respondentky tuto bodovou hranici znají, a vědí, při jakém výsledném součtu bodů by měly pacienta dle této hodnotící škály považovat za rizikového. 26 (57,78 %) jich správně odpovědělo, že se pacient stává rizikovým v momentě, kdy dosáhne 25 bodů a méně. 10 (22,22 %) jich odpovědělo, že pacienta považují za rizikového při dosažení 25 bodů. 2 (4,44%) dotázané se domnívají, že pacient je ohrožen rizikem při 25 bodech a více. 5 (11,11%) jich považuje pacienta za rizikového při nižším počtu než je 25 bodů a od dvou respondentek jsem na tuto otázku odpověď nezískala. Mohu tedy říci, že většina dotázaných si správně pamatuje přesný součet bodů, při kterém je pacient vyhodnocen jako rizikový pro vznik dekubitů.

Pokud já sama osobně u pacienta hodnotím riziko vzniku dekubitů, vždy si ho nejprve celého zhodnotím pohledem. Zajímalo mě tedy, čeho si u pacientů při hodnocení rizikovosti pro vznik dekubitů respondentky nejvíce všímají. Položila jsem jim tedy v dotazníku doplňující otázku, v které mohly formou volné odpovědi

vypsat oblasti, na které se při hodnocení nejvíce zaměřují před tím, než si pacienta zhodnotí prostřednictvím hodnotící škály. Z výčtu položek uvádím ty nejčastěji uváděné. Jednalo se o oblast mobility 23 (51,11 %), stav pokožky 18 (40,00 %), inkontinenci 14 (31,11 %), věk 12 (26,67 %), onemocnění 11 (24,44 %), stav výživy 10 (22,22 %) a také hydrataci 9 (20,00 %).

Vzhledem k tomu, že jsem během výkonu mé odborné praxe v Krajské nemocnici Liberec a.s. někdy mívala při škálování pacientů problém při přidělení bodového ohodnocení v oblasti přidružených onemocnění (více chorob, jiné onemocnění) a inkontinence (zavedený permanentní močový katétr). Zajímalo mě, zda respondentky také někdy zaznamenaly obdobný problém v některé z posuzovaných oblastí. Ze 45 (100,00 %) sester, jich 13 (28,89 %) zaznamenalo problém. Jednalo se o oblast pokožky 8 (17,78 %), inkontinence 7 (15,56 %), schopnost spolupráce 6 (13,33 %), oblast onemocnění, fyzického stavu a aktivity 5 (11,11 %), dále oblast mobility a věku 4 (8,89%) a také zhodnocení stavu pacientova vědomí 2 (4,44 %). Dvě sestry konkretizovaly, že pacienta považují za jedinečnou bytost, která vyžaduje individuální přístup, a škálu pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů považují za necitlivou. Dále se jedna sestra konkrétně rozepsala v položce onemocnění. Stejně tak jako já i ona, zaznamenala ve škále nedostatečný výčet onemocnění. Pacienti totiž mnohdy přichází s jinými nemocemi, než daná škála nabízí.

Workmanová ve své publikaci Klíčové dovednosti sester píše, že všechny existující hodnotící škály mají své pozitivní, i negativní stránky. Přesto jsou významnými pomocníky při identifikaci pacientů, ohrožených vznikem dekubitů. Nezpopchybitelným faktem však zůstává, že sestrám v prevenci vzniku dekubitů pomáhá také jejich schopnost pozorování a rovněž zkušenosti získané praxí.

V další návaznosti jsem zjišťovala, zda považují sestry škálu za dostatečně citlivou pro odhalení rizika vzniku dekubitů. Ve většině případů se dotázané přiklání k tomu, že škála citlivá je. 18 (40,00 %) respondentek považuje škálu za dostatečně citlivou. 21 (46,67 %) ji hodnotí jako spíše citlivou, 3 (6,67 %) se přiklání k odpovědi spíše ne a 3 (6,67 %) respondentky škálu nepovažují za dostatečně citlivou.

Respondentky v dotazníku pak dále odpovídaly, zda někdy zaznamenaly případy, kdy by ohodnotily pacienta ohledně rizika vzniku dekubitů jinak než jejich kolegyně. Z výsledků mi vyplynulo, že ze 45 (100,00 %) dotázaných by 5 (11,11%) respondentek často zhodnotilo riziko vzniku dekubitů jinak než jejich kolegyně, 25 (55,56 %) pak občas, 11 (24,44 %) zřídka a 4 (8,89 %) nezaznamenaly žádný takový případ.

V druhém cíli mé bakalářské práce jsem si vytýčila zjistit způsob, jakým si sestry předávají informace o pacientovi, který je rizikový pro vznik dekubitů a také na to, zda během hospitalizace toto riziko přehodnocují. K tomuto cíli jsem rovněž nadefinovala dvě hypotézy. Těti hypotézou testuji, zda se sestry o rizikových pacientech informují prostřednictvím zápisu do ošetrovatelské dokumentace. Z odpovědí vyplynulo, že 43 (95,56 %) sester provádí o riziku vzniku dekubitů zápis do pacientovy ošetrovatelské dokumentace. 10 (22,22 %) jich tento zápis provádí také do denního hlášení a 19 (42,22 %) dotázaných tuto informaci předává svým kolegyním mimo jiné i ústně při předávání směny. Hypotéza číslo 3 se potvrdila.

Pro zajímavost jsem zjišťovala, zda a jak sestry odlišují rizikové pacienty od ostatních. 43 (95,56 %) sester odpovědělo kladně, že mají systém pro rozlišení a 2 sestry odpověděly záporně, že nemají. Tato otázka nabízela možnost konkretizace daného způsobu. 12 sester uvedlo formou volné odpovědi, že pacienty rozlišují prostřednictvím zeleného označení. 27 sester upřesnilo, že formou zelené přelepky označují pacientův identifikační náramek. 17 jich pak dále uvedlo, že stejným způsobem označují desky s pacientovou dokumentací. Tyto údaje vychází ze standardu liberecké nemocnice, vnitřního předpisu závazného pro všechna oddělení. 7 sester se mimo jiné zmínilo, že ke jménu rizikového pacienta, které je umístěno na přehledové tabuli umísťuje symbol upozorňující na toto riziko. Jedna respondentka konkrétně uvedla, že používá symbol RVD. O symbolu na přehledové tabuli však ve standardu zmínka není a mohu to tedy považovat za vlastní iniciativu sester.

Čtvrtou hypotézou testuji, zda sestry u rizikových pacientů v průběhu hospitalizace přehodnocují denně jejich riziko pro vznik dekubitů. Na základě statistického vyhodnocení se mi tato hypotéza nepotvrdila. 24 (53,33 %) sester provádí přehodnocení rizikových pacientů jednou za týden a také při změně zdravotního stavu. 15 (33,33 %) jednou za týden. 3 (6,67 %) při změně zdravotního stavu. Jen pouze 2 (4,44 %) respondentky toto riziko přehodnocují každý den a 1 (2,22%) respondentka odpověděla, že riziko přehodnocuje každý den a také při změně zdravotního stavu. Tuto hypotézu jsem postavila na základě dostupné literatury, kdy Mikula a Müllerová doporučují přehodnocovat v časovém rozsahu maximálně jednou za den a minimálně jednou za týden. Rovněž jsem vycházela z Trachtové, která doporučuje u velmi rizikových pacientů kontrolovat stav kůže a sliznic pomocí hodnotící škály a to jednou denně. Literaturou je také doporučováno provádět přehodnocení tohoto rizika při jakékoli změně pacientova zdravotního stavu.

Získané výsledky jsem opět porovnávala se standardem ošetrovatelské péče, který je pro ošetřující personál v tomto případě směrodatný. Mohu tedy říci, že v souladu s tímto standardem postupuje při přehodnocování rizika vzniku dekubitů 24 (53,33 %) respondentek. 21 sester se tímto kritériem neřídí, což může ztížit poskytování ošetrovatelské péče sestrám, které standard dodržují. Důsledek to může mít i pro včasné odhalování rizik a zavádění preventivních opatření.

Pro zajímavost jsem zjišťovala, jak často sestry přehodnocují v průběhu hospitalizace pacienty, u nichž nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko vzniku dekubitů a dostalo se mi obdobných výsledků, jako tomu bylo v předchozím případě. 22 (48,89 %) respondentek provádí přehodnocení rizika vzniku dekubitů u nerizikových pacientů jednou za týden a také při změně jejich zdravotního stavu. 20 (44,44 %) jich pak toto riziko přehodnocuje jednou za týden. Pouze 2 (4,44 %) respondentky provádějí přehodnocení jednou za den a 1 (2,22 %) respondentka pouze v případě, že dojde u pacienta ke změně zdravotního stavu.

V tomto případě se standardem ošetrovatelské péče řídí 22 (48,89 %) sester a 23 jich přehodnocuje pacienta v jiné frekvenci. Stejně, tak jako tomu bylo v předchozím případě i zde může nesoulad při přehodnocování rizika ztížit poskytování ošetrovatelské péče.

Ve standardu ošetrovatelské péče Krajské nemocnice Liberec a.s. není totiž rozlišeno, jak často přehodnocovat riziko vzniku dekubitů u již rizikových pacientů a u těch, kteří při vstupním screeningu nebyli klasifikováni jako riziková. Postup k přehodnocení je u obou dvou skupin jednotný. Osobně se domnívám, že by hranice pro přehodnocení pacientů, kteří při vstupním screeningu vyvstali jako riziková, měla být z původní týdenní hranice snížena na jeden den.

V třetím cíli mé bakalářské práce jsem si vytýčila zjistit, jaký je vlastní zájem sester o problematiku dekubitů v rámci jejich profesního vzdělávání. Na tento cíl jsem navázala pátou hypotézu, kterou ověřuji, zda v této oblasti stále ještě převažuje zájem o metody moderního hojení ran, nad další důležitou oblastí, jakou je právě prevence.

Nejvíce 31 (68,89 %) sester má zájem o možnosti moderního hojení ran a používání vlhké terapie. 5 (11,11 %) dotázaných dává přednost možnostem prevence a odhalování rizik. Další 4 (8,89 %) by uvítaly nové poznatky jak z oblasti primární, tak sekundární péče a 5 (11,11 %) jich odpovědělo, že o tuto problematiku nemá zájem. Hypotéza číslo pět se mi tedy potvrdila. Dále jsem se zajímala o fakt, zda se respondentky v posledním roce zúčastnily vzdělávací akce se zaměřením

na problematiku dekubitů. Vzdělávací akce se zúčastnilo 23 (51,11 %) sester a 22 (48,89 %) jich uvedlo, že se nezúčastnily žádné akce, která by se týkala dané problematiky. U zúčastněných respondentek jsem se zajímala i o to, na jaké téma byla akce zaměřena a opět v odpovědích převažovala oblast sekundární péče, před péčí primární. Poslední dobou je trendem při ošetřování ran používat techniky moderního vlhkého hojení, potvrdilo se mi tedy, že sestry vnímají novinky z oblasti sekundární péče jako zajímavější a dají jí přednost před péčí primární.

Otázku týkající se podpory vzdělávání jsem pro zajímavost směřovala také na hlavní sestry. Konkrétně mě zajímalo, zda byla v jejich nemocničních zařízeních v posledním roce pořádána vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů.

Kladnou odpověď jsem získala od 3 (20,00 %) vedoucích pracovníků a to z Oblastní nemocnice Trutnov a.s., z Fakultní nemocnice Hradec Králové a z Krajské nemocnice Liberec, a.s.. V Městské nemocnici a.s., Dvůr Králové nad Labem 1 (20,00%) vzdělávací akce se zaměřením na tuto problematiku v uplynulém roce neproběhla. Vedoucí pracovníce ošetrovatelského úseku z Fakultní nemocnice Hradec Králové a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.. dále odpověděly 2 (40,00 %), že problematiku dekubitů plánují ve vzdělávacích aktivitách nemocnice.

Další doplňující otázkou jsem rovněž pro zajímavost zjišťovala, jaké další postupy jsou v nemocničních zařízeních z hlediska prevence dekubitů podnikány. Zjistila jsem, že ve všech 5 (100,00 %) mnou oslovených nemocničních zařízeních jsou sledovány počty nově vzniklých dekubitů. S výjimkou Oblastní nemocnice Trutnov a.s. 1 (20,00 %), je ve zbylých čtyřech (80,00 %) nemocničních zařízeních také zpracovávána za každé oddělení statistika vzniklých dekubitů.

Dále mi vedoucí pracovníce 2 (40,00 %) z Fakultní nemocnice Hradec Králové a také z Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. odpověděly, že se podílí na sledování dekubitů na národní úrovni. Ve 3 (60,00 %) zbylých nemocnicích dekubity na národní úrovni sledovány nejsou.

Poslední, závěrečnou doplňující otázkou v dotazníku jsem se zajímala o to, jak by vedoucí pracovníce postupovaly v případě zaznamenaného zvýšeného výskytu dekubitů z určitého oddělení. Z odpovědí vyplývá, že ve všech 5 (100,00 %) nemocničních zařízeních by vzniklou situaci vedoucí pracovníce řešily rozбором situace se staniční anebo s vrchní sestrou. Ve 2 (40,00 %) případech by také na daném oddělení provedly interní audit. Ve 2 (40,00 %) zařízeních by na problematickém oddělení navýšily počet preventivních pomůcek a v 1 (20,00 %) nemocničním zařízení

by uspořádaly vzdělávací akci. Líbila se mi odpověď, vedoucí pracovnice z Fakultní nemocnice Hradec Králové, u nichž funguje skupina sester specializovaných na hojení chronických ran, které dochází na jednotlivé kliniky a poskytují sestřám z daného oddělení rady v oblasti hojení. Jejich návštěvy fungují formou konzilií.

Od vedoucích pracovníků ošetrovateľských úseků jsem prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťovala, zda má jejich zařízení vytvořený standard ošetrovateľské péče především se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů a pro doplnění taktéž, zda disponuje standardem ošetrovateľské péče zaměřeným na ošetrování již vzniklých dekubitů. Všechny vedoucí pracovnice odpověděly, že mají ve svém zařízení vypracovaný standard se zaměřením na prevenci. Co se týče vypracovaného standardu se zaměřením na péči, tak ten nemá pouze Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem. V dotazníku byla rovněž zakomponovaná otázka zaměřená na svolení k seznámení se, se standardy ošetrovateľské péče pro oblast dekubitů. Svolení k provedení osobního šetření jsem získala opět ve všech nemocničních zařízeních vyjma Městské nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem, kde mi přístup k těmto standardům nebyl vedoucí pracovníci umožněn.

Před zahájením samotného osobního šetření zaměřeného na standardy ošetrovateľské péče v oblasti prevence vzniku dekubitů jsem si stanovila tři cíle. V prvním cíli jsem se snažila odhalit, zda mají ve vybraných nemocnicích pro mé osobní šetření ve standardu ošetrovateľské péče pro prevenci vzniku dekubitů definován postup pro hodnocení rizika vzniku dekubitů prostřednictvím hodnotící škály. Ve třech nemocničních zařízeních je systém jednotný. Dle SOP je toto riziko hodnoceno u každého nově přijatého pacienta k hospitalizaci v rámci vstupního screeningu zahrnutého ve vstupní ošetrovateľské anamnéze. Konkrétně se jedná o Fakultní nemocnici Hradec Králové, Krajskou nemocnici Liberec, a.s. a Nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. tyto zařízení se v postupu pro hodnocení liší pouze hodnotící škálou. V hradecké i jablonecké nemocnici je používána škála Nortonové zatímco nemocnice v Liberci využívá rozšířenou stupnici podle Nortonové. Zajímavý rozkol přichází v SOP Oblastní nemocnice Trutnov a.s. Tento standard sestry nabádá k posouzení rizikového pacienta dle škály např. Nortonové. Položila jsem si tedy otázku, kdo je pro mě rizikový pacient před tím než použiji screening prostřednictvím hodnotící škály. Osobně se domnívám, že standard má sestřám sloužit, jako jasný manuál, v kterém by měl být jednotný hodnotící systém a slovíčko např. do něho tedy nepatří. V trutnovské nemocnici tomu však tak není, protože na jednotkách intenzivní péče pacienty hodnotí

prostřednictvím Rozšířené stupnice podle Nortonové a na standardních odděleních používají škálu Nortonové. V brzké době by se tento hodnotící systém měl zavedením nové ošetrovatelské dokumentace sjednotit na Rozšířenou stupnici podle Nortonové. Domnívám se, že by bylo vhodné tento standard aktualizovat, protože sestřám jasné neudává, kdy a u kterých pacientů by měly zhodnotit riziko pro vznik dekubitů.

V druhém cíli mého osobního šetření jsem se zaměřovala na to, zda SOP ve vybraných zařízeních stanovují postup pro speciální označení, kterým sestry odlišují rizikové pacienty pro vznik dekubitů od těch, kteří rizikový nejsou. Systém pro označení rizikových pacientů má zakomponovaný pouze SOP Krajské nemocnice Liberec, a.s.. Ostatní nemocnice systém pro označení rizikových pacientů nemají. Sestry zde pacienty označují prostřednictvím zelené samolepky, kterou umisťují na identifikační náramek a také na desky s pacientovou dokumentací. Tento systém hodnotím jako velmi praktický a důmyslný, neboť jím je při jakémkoli kontaktu pacienta s personálem vizuálně dávano najevo, že je ohrožen rizikem vzniku dekubitů i proto jsem tento postup převzala do vlastního návrhu standardu.

Třetím cílem jsem zjišťovala, zda mají v SOP zakomponovanou frekvenci pro přehodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů prostřednictvím hodnotící škály. Z výsledku mi vyplynulo, že jablonecká a trutnovská nemocnice tento postup v SOP nemá. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové standard sestřám udává přehodnocovat riziko pro vznik dekubitů vždy 1 x za týden. Standard Krajské nemocnice Liberec a.s. má tento systém pro přehodnocení více specifikovaný. Při přehodnocení rozlišuje mezi standardními odděleními, kde se toto riziko přehodnocuje 1 x za týden a mezi lůžky intenzivní péče, kde je toto riziko přehodnocováno 2 x do týdne. Riziko je dále nutné přehodnocovat vždy při překladi pacienta anebo při změně jeho zdravotního stavu. Ani jeden ze standardů však nepomýšlí na rozlišení frekvence pro přehodnocení u pacientů, kteří vyšli při příjmu jako rizikový mezi těmi, kteří rizikový nebyli, a proto jsem toto rozlišení zapracovala do svého návrhu.

Pro zajímavost bych se ráda zmínila o foto příloze SOP, s kterou jsem se seznámila ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Mají zde nafocené jednotlivé polohy v rámci systému polohovacích hodin s využitím moderních polohovacích pomůcek. Tyto polohy byly nafoceny ve spolupráci fyzioterapeutickou klinikou a jejími zaměstnanci. U každé fotografie mě velmi zaujaly poznámky, které vysvětlují samotnou polohu, popisují, jaké svaly se během dané polohy uvolní a rovněž také upozorňují čeho se vyvarovat a na co si dát během polohování pozor. Tato foto příloha se mi velmi

líbila, protože se domnívám, že je ošetřujícím personálu v hradecké nemocnici při polohování pacientů velkým pomocníkem.

5 NÁVRH NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výskyt dekubitů je možné snížit poskytováním kvalitní preventivní ošetrovatelské péče. V soudobém ošetrovatelství je tedy hlavním cílem vzniku dekubitů předcházet a to prostřednictvím systematicky řízených a propracovaných preventivních postupů, jež mají za úkol zamezit vzniku těchto kožních defektů.

V rámci své bakalářské práce jsem vypracovala návrh standardu ošetrovatelské péče se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů. Při jeho zpracovávání jsem čerpala z informací získaných prostřednictvím literatury, dotazníkového a osobního šetření.

Snažila jsem se o sestavení komplexního návrhu, který zahrnuje postupy od záchytu rizikových pacientů po jejich signifikaci, aplikování preventivních ošetrovatelských intervencí až po přehodnocení jejich rizika pro vznik dekubitů.

V rámci zpětné vazby bych svůj návrh SOP se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů ráda odeslala prostřednictvím elektronické pošty vedoucím pracovnícům ošetrovatelských úseků, které semnou spolupracovaly při dotazníkovém šetření a zároveň mi umožnily provést osobní šetření zaměřené na jejich SOP pro oblast dekubitů. O zpětnou vazbu již projevila zájem hlavní sestra Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Návrh SOP přikládám do příloh bakalářské práce. (viz. Příloha č. 20)

Také považuji za velmi důležité, aby na danou problematiku bylo pomýšleno v rámci celoživotního vzdělávání.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci s názvem „Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi“ se věnuji důležitosti identifikace rizikového pacienta pro vznik dekubitů za použití hodnotící škály, tak aby mu na základě včasného odhalení jeho rizika pro vznik dekubitů mohla být poskytována, co nejlepší možná individuální péče.

V teoretické části se zabývám anatomii, definováním dekubitu, problematikou jejich vzniku, predilekčními místy, klasifikací dekubitu a zejména hodnocením rizika vzniku dekubitu pomocí hodnotících škál a preventivní ošetrovatelskou péčí.

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum a k získání dat jsem použila metodu dotazníkového a také osobního šetření. První dotazníkové šetření jsem provedla ve vybraných odděleních Krajské nemocnice Liberec, a.s. a respondentkami byly všeobecné sestry. Druhou skupinou respondentek byly vedoucí pracovnice ošetrovateckých úseků vybraných pěti nemocnic. Ve spolupráci s nimi jsem provedla druhé dotazníkové šetření a také osobní šetření se zaměřením na standardy ošetrovatecké péče pro oblast dekubitů. Ze získaných dat jsem vypočítala absolutní četnost, z které jsem následně vypočítala četnost relativní. Data jsem zpracovávala v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007. Dále jsem na doporučení statistika ve své práci použila statistickou metodu Chí-kvadrátu, testu dobré shody.

Na základě získaných výsledků z dotazníkového a osobního šetření jsem vypracovala návrh vlastního standardu ošetrovatecké péče se zaměřením na prevenci vzniku dekubitů, který by mohl být v rámci zpětné vazby použit jako podklad pro obnovení nebo zdokonalení standardu ošetrovatecké péče pro prevenci vzniku dekubitů v nemocničních zařízeních, které mi umožnily provést výzkumné šetření.

Na počátku mé bakalářské práce jsem si stanovila tři cíle a k nim odpovídající hypotézy. Prostřednictvím prvního cíle jsem se chtěla dozvědět, jakým způsobem sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů a na jaké pacienty v tomto směru zaměřují svou pozornost. První hypotéza byla postavena na předpokladu, že sestry používají k objektivnímu zhodnocení rizika vzniku dekubitů hodnotící škálu a to konkrétně rozšířenou stupnici podle Nortonové. Z odpovědí vedoucích pracovnic ošetrovateckého úseku pěti vybraných nemocnic vyplynulo, že ve 3 (60,00%) nemocničních zařízeních

je ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů používaná Škála Nortonové a ve 2 (40,00%) zařízeních používají Rozšířenou stupnici podle Nortonové. Druhá hypotéza pojící se k prvnímu cíli směřovala k tomu, že sestry hodnotí riziko vzniku dekubitů primárně u všech pacientů a to na počátku hospitalizace. Z výsledků výzkumu jednoznačně vyplynulo, že všechny oslovené respondentky 45 (100,00%) opravdu svou pozornost při hodnocení rizika vzniku dekubitů zaměřují na všechny nově přijaté pacienty a to vždy v úvodu hospitalizace v rámci vstupní ošetřovatelské anamnézy.

V druhém cíli mé bakalářské práce jsem se snažila zjistit způsob, kterým si sestry předávají informace o pacientovi, který je rizikový pro vznik dekubitů a dále mě zajímalo, zda sestry provádějí během hospitalizace také přehodnocení tohoto rizika. K tomuto cíli jsem rovněž připojila dvě hypotézy, v nichž mám uvedeno, že se sestry o rizikových pacientech informují prostřednictvím ošetřovatelské dokumentace a riziko pro vznik dekubitů u těchto pacientů přehodnocují každý den. Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentek 43 (95,56%) opravdu provádí o riziku vzniku dekubitů u pacienta zápis do jeho ošetřovatelské dokumentace. 10 (22,22%) jich své kolegyně informuje rovněž prostřednictvím zápisu do denního hlášení a 19 (42,22%) sester tuto informaci předává svým kolegyním také ústně při předávání směny. V 7 (15,56%) případech zvolily respondentky také z výběru odpovědí možnost jinak, kde se mohly vyjádřit volně vlastními slovy. Uvedly zde, že rizikového pacienta označují prostřednictvím barevného štítku nalepeného na jeho identifikačním náramku a deskách jeho dokumentace. Dále některé sestry odpověděly, že ke jménu rizikového pacienta přiřazují na přehledovou tabuli zkratku RVD. Co se týče přehodnocení rizika vzniku dekubitů u rizikových pacientů, z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce respondentek 24 (53,33%) provádí přehodnocení rizikových pacientů jednou za týden a při změně zdravotního stavu. 15 (33,33%) jich odpovědělo, že toto riziko přehodnocuje jednou za týden. 3 (6,67%) pouze při změně zdravotního stavu a 2 (4,44%) respondentky riziko přehodnocují každý den. Pouze 1 (2,22%) dotázaná riziko přehodnocuje každý den a také při změně zdravotního stavu.

Poslední třetí cíl jsem směřovala k odhalení vlastního zájmu sester o danou problematiku v rámci jejich celoživotního vzdělávání. V tomto případě jsem předpokládala, že sestry dají v problematice dekubitů přednost sekundární péči před péčí primární. Z výzkumného šetření mi vyplynulo, že opravdu nejvíce 31 (68,89%) respondentek má zájem o možnosti moderního hojení ran a používání vlhké terapie.

Pouze 5 (11,11%) jich projevilo zájem o možnosti prevence a odhalování rizik a jen 4 (8,89%) respondentky by uvítaly nové poznatky jak z oblasti primární, tak i péče sekundární. Nepříznivou odpověď jsem získala v 5 (11,11%) případech, kdy sestry o problematiku dekubitů nemají zájem. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se v posledním roce zúčastnilo vzdělávací akce se zaměřením na danou problematiku ze 45 (100,00%), 23 (51,11%) respondentek. Ve většině případů však navštívily vzdělávací akci se zaměřením na sekundární péči a to konkrétně metody moderního vlhkého hojení.

Cíle práce byly splněny.

Na závěr bych chtěla dodat, že problematika dekubitů je neustále aktuální a my zdravotníci bychom měli dělat vše proto, abychom vzniku těchto kožních defektů předcházeli. Preventivní péče s cílem včasné odhalit rizikového pacienta by pro nás měla být na prvním místě. Téma mé bakalářské práce mi bylo i osobním přínosem. Po prostudování literatury si více uvědomuji významnost a důležitost prevence a snažím se tedy rizikovým pacientům pro vznik dekubitů během výkonu svého povolání na pozici zdravotnického asistenta poskytovat, co nejlepší možnou preventivní péči.

7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3: Druhé, upravené a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 571-586. ISBN 80-247-1132-X.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2.vyd. Olomouc: Epava, 2000, s. 336-345. ISBN 80-86297-05-5.
3. ELIŠKA, Oldřich, Miloslava ELIŠKOVÁ. *Systematická, topografická a klinická anatomie Pavel Petrovický a spolupracovníci: XI. Kůže a chirurgické přístupy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 11-44. ISBN 80-7184-108-0.
4. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 45-47, 152-153. ISBN 978-80-247-1868-2.
5. HOFFMANNOVÁ, Petra, Lenka PLÍVOVÁ. *Základy ošetrovatelské péče, 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, s. 77-84. ISBN 978 80-7372-340-8.
6. HŮSKOVÁ, Jitka, Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: Pracovní sešit I/1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 9. ISBN 978-80-247-2852.
7. KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 200-205. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 125-130. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 173. ISBN 978-80-247-2830-8.
10. KLEVETOVÁ, Dana, Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 182. ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KRAJČÍK, Štefan, Eva BAJANOVÁ. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. 1.vyd. Bratislava: HERBA, 2012, s. 7-40. ISBN 978-80-89171-95-8.
12. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 218-219. ISBN 80-247-1399-3.

13. MERKUNOVÁ, Alena, Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: Pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 26-28. ISBN 978-80-247-1521-6.
14. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I: aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 42-57. ISBN 80-247-1442-6.
15. MIKULA, Jan, Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, [96 s.]. ISBN 978-80-247-2043-2.
16. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl.: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 52-53. ISBN 978-80-247-3185-8.
17. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 1. díl.: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 150-154. ISBN 978-80-247-3184-1.
18. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie: Druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2009, s. 327-332. ISBN 978-80-7262-612-0.
19. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 27. ISBN 978-80-247-2682-3.
20. POKORNÁ, Andrea, Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, s. 13, 112-121. ISBN 978-80-247-3371-5.
21. RIEBELOVÁ, Věra, Jan VÁLKA, Milada FRANČŮ. *Dekubity: Prevence, konzervativní a chirurgická terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, s. 11-36. TRENDY SOUDOBÉ CHIRURGIE, svazek 3. ISBN 80-7262-033-9.
22. ROKYTA, Richard a kolektiv. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008, s. 185-189. ISBN 80-86642-47-X.
23. ROMANELLI, Marco et al. *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. 1st edition. London: Springer, 2006, p. 27. ISBN 978-1-84628-134-1.

24. ROZSYPALOVÁ, Marie, Marta STAŇKOVÁ. *Ošetrovatelství I/1: pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: INFORMATIUM, 1999, s. 154-157. ISBN 80-86073-39-4.
25. ŠEFLOVÁ, Lenka, Irena BERÁNKOVÁ. Management ošetřování dekubitů. *Interní medicína pro praxi*. 2006, roč. 8, č. 5 s. 252. ISSN 1212-7299.
26. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 62-68. ISBN 80-7013-324-4.
27. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 61-65. ISBN 80-247-1716-6.
28. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 113, 122, 150-152, 183. ISBN 978-80-247-3419-4.
29. WORKMAN, Barbara A., Clare L. BENNET. *Klíčové dovednosti sester*. [Key Nursing Skills]. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 76-78. ISBN 80-247-1714-X.
30. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 128. ISBN 978-80-247-4062-1.
31. ŽŮČKOVÁ, Kateřina, Markéta ČELIKOVSKÁ. Prevence dekubitů, polohování a posun v péči o pacienty s inkontinencí stolice. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 5, s. 4. ISSN 1801-1349.

INTERNETOVÉ ZDROJE

32. „STOP dekubitům“ - 21. listopad je vyhlášen dnem „STOP dekubitům“ a Česká republika se k této akci také připojila. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 04. 03. 2014, 08:47 [vid. 2014-05-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/%E2%80%9Estop-dekubitum21listopad-je-vyhlasen-dnem-%E2%80%9Estop-dekubituma-ceska-republ_8759_3044_3.html

8 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Způsoby, kterými respondentky u pacientů hodnotí riziko vzniku dekubitů.	43
Graf 2 Název hodnotící škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, kterou respondentky na svém pracovišti používají.	45
Graf 3 Oblasti, v kterých respondentky při přidělování bodového ohodnocení zaznamenaly problém.	47
Graf 4 Pacienti, u nichž je respondentkami při zahájení hospitalizace hodnoceno riziko vzniku dekubitů.....	49
Graf 5 Forma, kterou respondentky své kolegyně informují o rizikovosti pacienta pro vznik dekubitů.	50
Graf 6 Mají respondentky na svém oddělení nějaký dohodnutý způsob, kterým rozlišují pacienty rizikové pro vznik dekubitů od nerizikových.	51
Graf 7 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u již zaznamenaných rizikových pacientů v průběhu hospitalizace.....	52
Graf 8 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u pacientů, u kterých nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko pro vznik dekubitů.....	53
Graf 9 Oblast, která respondentky z problematiky dekubitů zajímá nejvíce.....	55
Graf 10 Použití hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů ve vybraných nemocnicích.	56
Graf 11 Typ škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, která se používá v oslovených nemocnicích.....	57
Graf 12 Jednotnost při použití škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů na všech odděleních nemocnice.....	58
Graf 13 Vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů pořádaná nemocničním zařízením v posledním roce.	61
Graf 14 Aktivita nemocničních zařízení na úrovni prevence a léčby dekubitů.....	62

9 SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Věkové rozmezí respondentek.....	41
Tab. 2 Dosažené vzdělání respondentek.....	42
Tab. 3 Délka profesní praxe respondentek.....	42
Tab. 4 Způsoby, kterými respondentky u pacientů hodnotí riziko vzniku dekubitů.	43
Tab. 5 Konkrétní položky, kterých si respondentky všímají při hodnocení pacienta pro rizikovost vzniku dekubitů.....	44
Tab. 6 Název hodnotící škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, kterou respondentky na svém pracovišti používají.....	45
Tab. 7 Výsledný součet bodů, dle kterého respondentky považují pacienta za rizikového pro vznik dekubitů.....	46
Tab. 8 Zaznamenání problému oslovenými respondentkami při přidělování bodového ohodnocení v některé z posuzovaných oblastí používané hodnotící škály.....	46
Tab. 9 Oblasti, v kterých respondentky při přidělování bodového ohodnocení zaznamenaly problém.....	47
Tab. 10 Názor respondentek na citlivost jimi používané škály pro odhalení rizika vzniku dekubitů.....	48
Tab. 11 Zaznamenání případů, v kterých by respondentky ohodnotily pacienta ohledně rizika vzniku dekubitů jinak než jejich kolegyně.....	48
Tab. 12 Pacienti, u nichž je respondentkami při zahájení hospitalizace hodnoceno riziko vzniku dekubitů.....	49
Tab. 13 Forma, kterou respondentky své kolegyně informují o rizikovosti pacienta pro vznik dekubitů.....	50
Tab. 14 Mají respondentky na svém oddělení nějaký dohodnutý způsob, kterým rozlišují pacienty rizikové pro vznik dekubitů od nerizikových.....	51
Tab. 15 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u již zaznamenaných rizikových pacientů v průběhu hospitalizace.....	52
Tab. 16 Frekvence přehodnocování rizika vzniku dekubitů u pacientů, u kterých nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko pro vznik dekubitů.....	53
Tab. 17 Účast respondentek na vzdělávací akci týkající se problematiky dekubitů v posledním roce.....	54
Tab. 18 Oblast z problematiky dekubitů, na kterou byla vzdělávací akce zaměřena.	54
Tab. 19 Oblast, která respondentky z problematiky dekubitů zajímá nejvíce.....	55

Tab. 20 Použití hodnoticí škály pro riziko vzniku dekubitů ve vybraných nemocnicích.	56
Tab. 21 Typ škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů, která se používá v oslovených nemocnicích.....	57
Tab. 22 Jednotnost při použití škály pro zhodnocení rizika vzniku dekubitů na všech odděleních nemocnice.....	58
Tab. 23 Vypracovaný standard ošetrovatelské péče pro oblast prevence vzniku dekubitů v oslovených nemocničních zařízeních.	59
Tab. 24 Vypracovaný standard ošetrovatelské péče pro oblast ošetřování dekubitů v oslovených nemocničních zařízeních.	59
Tab. 25 Svolení vedoucích pracovníků ošetrovatelského úseku oslovených nemocnic k seznámení se standardy ošetrovatelské péče pro oblast dekubitů.....	60
Tab. 26 Vzdělávací akce se zaměřením na problematiku dekubitů pořádaná nemocničním zařízením v posledním roce.	61
Tab. 27 Aktivita nemocničních zařízení na úrovni prevence a léčby dekubitů.....	62
Tab. 28 Reakce oslovených nemocničních zařízení na zvýšený výskyt nově vzniklých dekubitů z téhož oddělení.	63
Tab. 29 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 1	67
Tab. 30 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 2	68
Tab. 31 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 3	69
Tab. 32 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 4	70
Tab. 33 Statistické vyhodnocení hypotézy č. 5	71

10 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1, Škála podle Nortonové

Příloha č. 2, Škála podle Nortonové – vyhodnocení

Příloha č. 3, Rozšířená stupnice podle Nortonové

Příloha č. 4, Waterlowova škála

Příloha č. 5, Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám

Příloha č. 6, Hodnocení rizika vzniku proleženin (M. L. Shannon, 1984)

Příloha č. 7, Cubbin–Jackson škála na posouzení rizika vzniku dekubitů u pacientů na jednotkách intenzivní péče

Příloha č. 8, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení diabetologie

Příloha č. 9, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení neurologie

Příloha č. 10, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení léčebny dlouhodobě nemocných

Příloha č. 11, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení všeobecné interny

Příloha č. 12, Dotazník určený směnným sestráám

Příloha č. 13, Dotazník určený vedoucím pracovním ošetrovatelského úseku.

Příloha č. 14, Protokol k provádění výzkumu - Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.

Příloha č. 15, Protokol k provádění výzkumu - Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem

Příloha č. 16, Protokol k provádění výzkumu - Oblastní nemocnice Trutnov a.s.

Příloha č. 17, Protokol k provádění výzkumu - Fakultní nemocnice Hradec Králové

Příloha č. 18, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Příloha č. 19, Chí-kvadrát, test dobré shody

Příloha č. 20, Návrh standardu ošetrovatelského postupu pro prevenci vzniku dekubitů

Příloha č. 1, Škála podle Nortonové (15)

<i>body</i>	<i>A fyzický stav</i>	<i>B stav vědomí</i>	<i>C aktivita</i>	<i>D pohyblivost</i>	<i>E inkontinence</i>
4	dobrý	dobrý	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči i stolice

Příloha č. 2, Škála podle Nortonové – vyhodnocení (15)

<i>hodnocení</i>	<i>předpokládaná úroveň rizika</i>
17 - 20	pravděpodobně žádné riziko
15 - 16	nízké riziko
13 - 14	střední riziko
10 - 12	vysoké riziko
5 - 9	velmi vysoké riziko
celkové hodnocení: 16 bodů a méně = riziko	

Příloha č. 3, Rozšířená stupnice podle Nortonové (26)

<i>Bodů</i>	<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Každé další onemocnění dle odpovídajícího stupně</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Pohyblivost</i>	<i>Inkontinence</i>
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká		špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Příloha č. 4, Waterlowova škála (27)

Stavba těla/výška v poměru k váze		Typ kůže v ohrožené oblasti		Pohlaví, věk		Zvláštní rizika		Medikace	
průměrný	0	zdravá	0	muž žena	1 2	podvýživa tkání, např. termická kachexie	8	cytostatika, vysoké dávky steroidů	4
nadprůměrný	1	papírová	1	14 - 49	1				
obézní	2	suchá	1	50 - 64	2	srdeční selhávání	5	protizánětlivé léky	
podprůměrný	3	edematozní	1	65 - 74	3	periferní vaskulární choroba	5		
		vlhká (zvýš. teplota)	1	75 - 80	4	anémie	2		
		nepřirozeně zbarvená	2	81+	5	kouření	1		
		porušená/ložisko	3						
Kontinence		Pohyblivost		Chuť k jídlu		Neurologická porucha		Operace/trauma	
úplná/katetrizován	0	plná	0	průměrná	0	diabetes mellitus	4-6	ortopedická pod úroveň pasu	5
občasná inkontinence	1	neklidný/vrtí se	1	snížená	1	roztřoušená skleróza		páteř	5
katetrizován/inkontinence stolice	2	apatie	2	sonda (pouze tekutiny)	2	paraplegie		trvající déle než 2 hodiny	
obojí inkontinence	3	omezená hybnost	3	nic ústy/anorexie	3				
		nehybný/trakce	4						
		v křesle	5						

Příloha č. 5, Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám (26)

<i>Parametry</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
všeobecný stav zdraví	dobrý	přiměřený	chatrný	skomírající
mentální stav	bdělý	letargie	semikoma- tozní	komatozní
aktivita	chodící	potřebuje pomoc	* trvale na vozíku	* trvale na lůžku
pohyblivost	plná	omezená	* velmi omezená	* imobilita
inkontinence	žádná	občasná	* obvykle močová	* úplná stolice i moči
příjem výživy ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
příjem tekutin ústy	dobrý	přiměřený	špatný	žádný
náchylnost k chorobám (DM, neuropatie, cévní onemocnění, anémie)	chybí	nevelká	průměrná	silná

Nemocný se skóre nad 12 je ohrožen vznikem dekubitů.

Vysvětlivka: * tyto stavy započítat dvojnásobně.

Příloha č. 6, Hodnocení rizika vzniku proleženin (M. L. Shannon, 1984), (14)

<i>duševní stav</i>		<i>kontinence</i>		<i>mobilita</i>		<i>aktivita</i>	
bdělost, čilost	4	kontinence	4	plná pohyblivost	4	chodící	4
apatie	3	inkont. moče (bez katétru)	3	mírné omezení	3	chůze s pomocí	3
zmatenost	2	inkont. stolice	2	velké omezení	2	pohyblivost pouze na vozíku	2
stupor, kóma	1	inkont. moče a stolice	1	imobilita	1	ležící	1

<i>výživa</i>		<i>cirkulace</i>		<i>teplota</i>		<i>medikace</i>	
dobrá	4	okamžité opětovné plnění kapilár	4	do 37,2 °C	4	bez anelgetik trankvilizérů steroidů	4
uspokojivá	3	opožděné plnění kapilár	3	od 37,3 do 37,7 °C	3	jedna z uvede- ných skupin	3
špatná	2	mírný otok	2	od 37,8 do 38,3 °C	2	dvě z uvedených skupin	2
kachexie	1	střední nebo velký otok	1	více než 38,4 °C	1	všechny uvedené skupiny	1

Skóre 16 a menší představuje významné riziko vzniku proleženin.

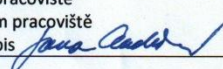
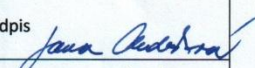
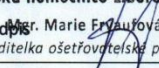
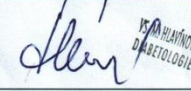
Příloha č. 7, Cubbin–Jackson škála na posouzení rizika vzniku dekubitů u pacientů na jednotkách intenzivní péče (11)

<i>Počet bodů</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>1</i>
Věk	< 40	40 - 65	55 - 70	> 70
Hmotnost	přiměřená	obezita	kachexie	kterákoli z uvedených pokud jsou přítomné edémy
Stav kůže	neporušená	začervenalá	s exkoriácemi	nekrotická / exsudát
Mentální stav	bledý a orientovaný	agitovaný / zmatený	apatický/utlumený, ale odpovídá na podněty	kóma/ neodpovídá na stimuly/ neschopný pohybu
Pohyblivost	plně pohyblivý	chodí s pomocí	více omezená / sedící v křesle	připoutaný na postel / nepohyblivý
Stav cirkulace	stabilní bez inotropní podpory	stabilní na inotropní podpoře	nestabilní na inotropní podpoře	kritický na inotropní podpoře
Dýchání	spontánní	neinvazivní ventilace (cpap)	mechanická ventilace	zástava dýchání
Výživa	dostatečný perorální příjem jídla a tekutin	částečný příjem jídla a tekutin per os /enterální výživa	parenterální výživa	voda a ionty i.v.
Kontinence	kontinentní / anúrie/ resp zavedený katétr	inkontinence moči	inkontinence stolice	dvojitá inkontinence
Hygiena	schopný dodržovat hygienu	s určitou pomocí schopný dodržovat hygienu	potřebuje značnou pomoc	úplně závislý na pomoci
Hodnocení: 24 a méně bodů znamená zvýšené riziko vzniku dekubitů.				


Příloha č. 8, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení diabetologie

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAŤROVÁ LUCIE	
Studijní obor VŠEDBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta Z09000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	DIABETOLOGIE - KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Krajská nemocnice Liberec, a.s. MgA. Marie Ertaurová ředitelka ošetrovatelské péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  VYHLÁŠENÍ DIABETOLOGIE	
Datum zahájení výzkumu	2.4.2014	
Datum ukončení výzkumu	15.4.2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	10	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V LIBERCI dne 2.4.2014


podpis studenta



Příloha č. 9, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s., oddělení neurologie



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAŮROVÁ LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 209000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEUROLOGIE - KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Krajská nemocnice Liberec, a.s. ředitelka ošetrovatelské péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	4. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	15. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	10	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V LIBERCI dne 2. 4. 2014

podpis studenta



Příloha č. 10, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s.,
oddělení léčebny dlouhodobě nemocných



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům
rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAVRDOVÁ LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ ŠESTRA	Osobní číslo studenta ZD9000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	LÉČEBNA DLUHODOBĚ NEMOCNÝCH - KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis JANA ANDRŠOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis JANA ANDRŠOVÁ	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová Podpis vedoucího lékařské péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Jitka Štěrbová Jitka Štěrbová vedoucí sestry LČN	
Datum zahájení výzkumu	2. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	15. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	20	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V LIBERCI dne 2. 4. 2014

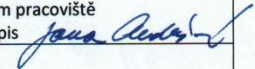
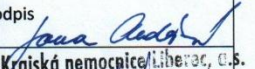
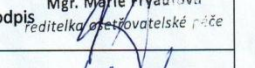
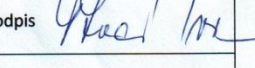
podpis studenta




Příloha č. 11, Protokol k provádění výzkumu - Krajská nemocnice Liberec, a.s.,
oddělení všeobecné interny

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům
rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAŇROVÁ LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 209000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	VŠEOBECNÉ INTERNY - KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyřádění vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	9. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	15. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	20	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V LIBERCI dne 2. 4. 2014


podpis studenta



Příloha č. 12, Dotazník určený směnným sestram

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Vávrová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který slouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce s tématem Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi. Předem vám děkuji za spolupráci a čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku. ☺

Pokud není uvedeno jinak, označte jednu vámi zvolenou odpověď.

1) Kolik je Vám let?

.....

2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) SZŠ – všeobecná sestra pracující bez odborného dohledu
- b) SZŠ – zdravotnický asistent pracující pod odborným dohledem a přímým vedením všeobecné sestry
- c) VOŠZ
- d) VŠ – Bc., Mgr.

3) Kolik let pracujete v oboru?

.....

4) Co používáte u pacienta ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů? (Označit můžete více odpovědí.)

- a) Hodnotící škálu pro odhalení rizika vzniku dekubitů
- b) Osobní zkušenosti
- c) Pacienta si zhodnotím pohledem
- d) Jiný způsob (prosím uveďte)

.....

5) Čeho si konkrétně všímáte, hodnotíte-li pacienta pro rizikovost vzniku dekubitů?

Prosím vyplňte

.....

.....

.....

6) Jakou hodnotící škálu pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů na svém pracovišti používáte?

- a) Škálu Nortonové
 - b) Rozšířenou stupnici podle Nortonové
 - c) Waterlowovu škálu
 - d) Stupnici podle Bradenové
 - e) Jinou (prosím uveďte).....
-

7) Uveďte při jakém výsledném součtu bodů, je dle škály, kterou používáte, pacient považován za rizikového pro vznik dekubitů?

.....

.....

8) Zaznamenal/a jste nějaký problém při přidělování bodového ohodnocení v některé z posuzovaných oblastí vámi používané škály pro vyhodnocení rizika vzniku dekubitů?

- a) Ano. Prosím uveďte konkrétně.
 - 1) Schopnost spolupráce.....
 - 2) Věk.....
 - 3) Stav pokožky.....
 - 4) Onemocnění.....
 - 5) Fyzický stav.....
 - 6) Stav vědomí.....
 - 7) Aktivita.....
 - 8) Pohyblivost.....
 - 9) Inkontinence.....
- b) Ne. Bodové ohodnocení je pro mě jednoznačné.

9) Myslíte si, že používaná škála na vašem oddělení, je dostatečně citlivá pro odhalení rizika vzniku dekubitů?

- a) Ano
- b) Spíše ano

- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

10) Zaznamenal/a jste případy, kdy byste ohodnotil/a pacienta ohledně rizika vzniku dekubitů jinak než vaše kolegyně?

- a) Ano, často
- b) Občas
- c) Zřídka
- d) Ne, nezaznamenala

11) U jakých pacientů při zahájení hospitalizace hodnotíte riziko vzniku dekubitů?

- a) U všech nově přijatých pacientů
- b) Pouze u nově přijatých ležících (imobilních) pacientů
- c) Pouze u nově přijatých pacientů se sníženou soběstačností
- d) Jiných

.....

.....

.....

**12) Pokud je pacient rizikový pro vznik dekubitů, informuji o tomto faktu své kolegyně:
(Označit můžete více odpovědí.)**

- a) Záznamem do ošetrovatelské dokumentace – doplňte prosím, kam přesně zápis provádíte.....

- b) Záznamem do denního hlášení
- c) Ústně při předávání směny
- d) Jinak

.....

13) Pokud zjistíte, že je pacient ohrožen rizikem vzniku dekubitů, máte na vašem oddělení dohodnutý způsob, kterým tyto pacienty rozlišujete od ostatních?

a) Ano – uveďte prosím jaký

.....
.....

b) Ne

14) Jak často přehodnocujete u již zaznamenaných rizikových pacientů riziko vzniku dekubitů v průběhu hospitalizace?

a) Každý den

b) Jednou za týden

c) Při změně zdravotního stavu

d) V jiný časový interval, prosím uveďte.....

e) Riziko nepřehodnocuji

15) Jak často přehodnocujete v průběhu hospitalizace pacienty, u nichž nebylo při vstupním screeningu odhaleno riziko vzniku dekubitů? (Označit můžete více odpovědí.)

a) Každý den

b) Jednou za týden

c) Při změně zdravotního stavu

d) V jiný časový interval, prosím uveďte.....

e) Riziko nepřehodnocuji

16) Zúčastnila jste se v posledním roce vzdělávací akce týkající se problematiky dekubitů?

a) Ano. Uveďte prosím, na co byla vzdělávací akce zaměřena.

1) Na prevenci dekubitů

2) Na techniky moderního vlhkého hojení

3) Jiné (prosím uveďte).....

b) Ne

17) Prosím uveďte, co by vás nejvíce zajímalo v oblasti péče o dekubity.

- a) Možnosti prevence, odhalování rizik
- b) Možnosti moderního hojení ran, používání vlhké terapie
- c) Jiné.....
- d) Nemám zájem o tuto problematiku

Děkuji vám za spolupráci.

Lucie Vávrová

Příloha č. 13, Dotazník určený vedoucím pracovním ošetrovatelského úseku

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Vávrová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce s tématem Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi. Předem vám děkuji za spolupráci a čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku. ☺

1) Je ve vaší nemocnici používána ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů hodnotící škála?

- a) Ano. Prosím uveďte, o jakou škálu se jedná.
 - 1) Škála Nortonové
 - 2) Rozšířená stupnice podle Nortonové
 - 3) Waterlowova škála
 - 4) Stupnice podle Bradenové
 - 5) Jiná (prosím uveďte).....
- b) Ne

2) Používají stejnou škálu pro zhodnocení rizika dekubitů všechna oddělení vašeho zařízení?

- a) Ano
- b) Ne

3) Má vaše nemocnice vypracovaný standard ošetrovatelské péče v oblasti prevence dekubitů?

- a) Ano – má
- b) Ne – nemá

4) Má vaše nemocnice vypracovaný standard ošetrovatelské péče v oblasti ošetřování dekubitů?

- a) Ano – má
- b) Ne – nemá

5) Mohu se seznámit se SOP vašeho zařízení?

- a) Ano – je možné nahlédnout a zapsat si poznámky.
- b) Ano – je možné vyhotovit kopii dokumentu a to pouze pro mé studijní účely, kopie nebude dále šířena ani poskytnuta třetí straně.

- c) Ano – je možné použít kopii dokumentu jako součást přílohy bakalářské práce.....
.....
- d) Ne – nemohu

6) Pořádalo vaše zařízení v posledním roce vzdělávací akci týkající se problematiky dekubitů?

- a) Ano – prosím uveďte konkrétně v jaké oblasti
.....
.....
.....
- b) Ne
- c) Problematiku dekubitů plánujeme ve vzdělávacích aktivitách nemocnice – prosím uveďte konkrétně v jaké oblasti.....
.....
.....
- d) Jiné.....
.....
.....

7) V oblasti prevence a léčby dekubitů vaše zařízení:

- | | | |
|---|-----|----|
| - Sleduje počty nově vzniklých dekubitů | ANO | NE |
| - Vede statistiku dekubitů za každé oddělení | ANO | NE |
| - Podílí se na sledování dekubitů na národní úrovni | ANO | NE |

8) Jak reaguje vaše zařízení na zvýšený výskyt nově vzniklých dekubitů z téhož oddělení:

- a) Interním auditem
- b) Rozborem situace se staniční/vrchní sestrou oddělení
- c) Posílením personálu ve směnách
- d) Navýšením preventivních pomůcek pro dané oddělení
- e) Vzdělávací akcí

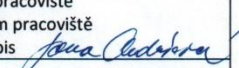
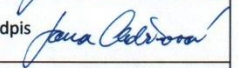
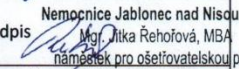
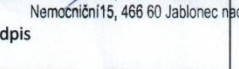
f) Jinak.....
.....
.....

Děkuji vám za spolupráci.

Lucie Vávrová

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAJROVA LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 209000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU, p.o.	
Jméno vedoucího práce	Moj. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	29. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	29. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V JABLONCI NAD NISOU dne 29. 4. 2014





podpis studenta




Příloha č. 15, Protokol k provádění výzkumu - Městská nemocnice a.s., Dvůr Králové nad Labem

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAVRDOVA LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 209000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	MĚSTSKÁ NEMOCNICE a.s., DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím MĚSTSKÁ NEMOCNICE a.s. Dvůr Králové nad Labem Vrchlického 1504 podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	10. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	10. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		



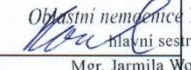
V DVŮR KRÁLOVÉ N.L. dne 10. 4. 2014


podpis studenta




PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAŘŠOVÁ LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta Z09000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OBLASTNÍ NEMOCNICE TRUTNOV a. s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis  Oblastní nemocnice Trutnov a.s. hlavní sestra Mgr. Jarmila Wonková	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	11. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	11. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V TRUTNOVĚ dne 11. 4. 2014

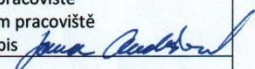
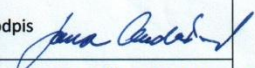
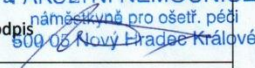

podpis studenta



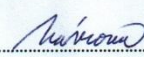
Příloha č. 17, Protokol k provádění výzkumu - Fakultní nemocnice Hradec Králové

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	VAVRDVA LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ ŠESTRA	Osobní číslo studenta Z09000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Mgr. Dana Vaňková námiškovná pro ošetř. péči podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	4. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	4. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V HRADEC KRÁLOVÉ dne 4. 4. 2014


podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	KAVROVA LUCIE	
Studijní obor VŠEOBECNÁ SESTRA	Osobní číslo studenta 209000080	Ročník 3.
Téma práce	ZHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ V KLINICKÉ PRAXI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. JANA ANDRŠOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis <i>Jana Andršová</i>	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Jana Andršová</i>	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Krajská nemocnice Liberec, a.s.</i> Mgr. Marie Hrušková ředitelka ošetrovatelské péče	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	29. 4. 2014	
Datum ukončení výzkumu	29. 4. 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

v LIBERCI dne 29. 4. 2014

Kavrova
podpis studenta



Příloha č. 19, Chí-kvadrát, test dobré shody

U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřeními v realitě, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze.

Chí-kvadrát, test dobré shody (ale i ostatní testy významnosti) začíná formulováním nulové a alternativní hypotézy. Obecně platí, že nulová hypotéza (označovaná H_0) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah (souvislost, rozdíl).

Alternativní hypotéza (označovaná H_1 nebo H_A) je naopak předpoklad, že mezi sledovanými jevy vztah (souvislost, rozdíl) je.

O přijetí nebo odmítnutí uvedených hypotéz se rozhoduje na základě testování nulové hypotézy. K tomuto účelu se zpravidla vypočítává tzv. testové kritérium, což je určitá číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. U testu dobré shody chí-kvadrát je testovým kritériem hodnota:

$$X^2 = \sum ((P - O)^2 / O)$$

Hodnota X^2 je testové kritérium chí-kvadrát, P je tzv. pozorovaná četnost a O očekávaná četnost. Očekávaná četnost je četnost, která odpovídá nulové hypotéze. Pokud by zdravotní sestry volily odpovědi naprosto náhodně, dalo by se očekávat rovnoměrné rozložení počtu odpovědí v rámci položených otázek.

Při rozhodování o platnosti nulové hypotézy zpravidla postupujeme tak, že vypočítanou hodnotu testového kritéria srovnáváme s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách nebo ji spočítat v programu MS Excel pomocí funkce CHINV. Danou kritickou hodnotu hledáme vždy pro určitou (zvolenou) hladinu významnosti a určitý počet stupňů volnosti.

Hladina významnosti je pravděpodobnost, že neoprávněně (nesprávně) odmítneme nulovou hypotézu. Tuto pravděpodobnost lze volit podle situace (její závažnosti). Ve většině případů se však můžeme setkat s hladinou významnosti 0.05 (5 %) nebo 0.01 (1 %).

Počet stupňů volnosti závisí u testu dobré shody chí-kvadrát na počtu řádků v tabulce, z níž bylo kritérium chí-kvadrát vypočítáno. Počet stupňů volnosti je počet řádků tabulky, kterým by bylo možno teoreticky přiřknout libovolnou hodnotu a přitom dodržet stanovený sloupcový součet (tzn. počet řádků tabulky - 1).

Přijetí či zamítnutí nulové hypotézy má stežejní význam pro interpretaci dosažených výsledků. Pokud nulovou hypotézu přijímáme, znamená to, že výsledky je možné vysvětlovat působením náhody, že tedy mezi studovanými jevy nemusí být významný vztah (souvislost nebo rozdíl). K odmítnutí nulové hypotézy je třeba, aby vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší (a nebo alespoň stejně velká) než hodnota kritická. V případě odmítnutí nulové a přijmutí alternativní hypotézy již výsledky nelze vysvětlovat na základě náhody.

Zdroj:

CHRÁSKA, Miroslav, *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 71-76.

ISBN 978-80-247-3371-5.



NÁVRH STANDARDU OŠETŘOVATELSKÉHO POSTUPU - PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ

**Výstup z bakalářské práce s názvem:
Zhodnocení rizika vzniku dekubitů v klinické praxi.**

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra

Autor práce: **Lucie Vávrová**
Vedoucí práce: Mgr. Jana Andršová

Liberec 2014

DEFINICE SOP

Účelem tohoto návrhu standardu ošetrovatelské péče je popsání postupů, které slouží k identifikaci rizikového pacienta pro vznik dekubitů. Dále je zde popsána signifikace rizikového pacienta za účelem jeho rozlišení od skupiny nerizikových pacientů a rovněž jsou zde popsány preventivní ošetrovatelské intervence, jež mají u rizikových pacientů zabránit vzniku dekubitů.

ZKRATKY POUŽITÉ V SOP

- CNS – centrální nervová soustava.
- DM – diabetes mellitus.

VYMEZENÍ POJMU PREVENCE

Prevenčí rozumíme souhrn systematicky řízených opatření, prostřednictvím kterých se snažíme předejít vzniku nežádoucího jevu, tedy konkrétně vzniku dekubitu.

VYMEZENÍ POJMU DEKUBITUS

Dekubitus je definován jako oblast **lokalizovaného poškození kůže a pod ní uložených hlubších struktur**, který vzniká v důsledku dlouhodobého jednostejného působení tlaku nebo třecích sil. Z důvodu narušené mikrocirkulace, reaguje kůže nebo podkožní tkáň na toto působení lokálním oběhovým selháním. Dochází tedy k ohraničenému odúmrťí tkáň. (5)

CÍL

Poskytováním kvalitní preventivní ošetrovatelské péče je možné výskyt těchto kožních defektů snížit. Hlavním cílem tedy není dekubity léčit, ale předcházet jejich samotnému vzniku. Platí zde pravidlo, že **preventivní péče je levnější, než péče léčebná**. Důležité je tedy **správně identifikovat rizikového pacienta** ohroženého vznikem dekubitů a následně **zpracovat individuální ošetrovatelský plán**. Na základě tohoto plánu **poskytujeme** rizikovému pacientovi **pomocí preventivních postupů**, co nejlepší možnou **individuální péči**, která je **cílem současného moderního ošetrovatelství**, v kterém jedince chápeme jako **holistickou bytost**. (2,3)

KOMPETENTNÍ OSOBY

- Všeobecná sestra
- Zdravotničtí asistenti a ošetřovatelky pracující pod odborným dohledem všeobecné sestry

POMŮCKY

- Čisté ložní a osobní prádlo;
- speciální mýdlové gely nevysušující pokožku;
- ochranné prostředky na kůži (pěny, aerosoly, pasty, zinkové masti, vazelíny, oleje);
- pomůcky pro inkontinentní (pleny, plenkové kalhotky, inkontinenční vložky, savé podložky);
- pomůcky doplňující lůžko (hrazdička, uzdička, žebříček);
- polohovací pomůcky (molitanové kostky, válce, kvádry, polohovací perličkové vaky aj.);
- antidekubitní pomůcky (molitanové čtverce, kolečka, dekuba, ovčí rouno, antidekubitor, matrace naplněné vodou nebo vzduchem, botičky, polštáře, gelové podložky aj.). (1, 3, 4, 9)

OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

Následně budou popsány rizikové faktory, které se podílejí na vzniku dekubitů a také predilekční místa, která jsou zvýšeně ohrožená vznikem těchto kožních defektů. Pro poskytování kvalitní preventivní ošetřovatelské péče je zapotřebí, aby všeobecná sestra tyto znalosti ovládala. Dále budou popsány kroky od identifikace rizikového pacienta, jeho signifikaci až po záznam do ošetřovatelské dokumentace a aplikaci ošetřovatelských intervencí.

a) Znalosti nutné k osvojení si před zahájením výkonu vlastního ošetřovatelského postupu:

RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ

MÍSTNÍ – tyto činitele působí na tkáň ze zevního prostředí. (6)

1) MECHANICKÉ:

- **Tlak působící na pokožku.**
- **Tření.**
- **Střížná síla.**

2) CHEMICKÉ:

- **Vlhkost** – lůžkoviny zavlhlé a znečištěné močí, pocením, vylitými tekutinami, infuzními roztoky a stolicí.

CELKOVÉ:

- **Pohlaví** – častěji jsou ohrožené ženy z důvodu většího množství tukové vrstvy, která má sníženou odolnost vůči kontaktnímu tlaku.
- **Věk** – ve stáří dochází ke snížení pružnosti a odolnosti kůže, čímž se zvyšuje náchylnost k poranění.
- **Snížená mobilita.**
- **Poruchy nutrice.**
- **Nedostatečná hydratace.**
- **Tělesná hmotnost** - kachektičtí a obézní pacienti.
- **Inkontinence moče a stolice.**
- **Cévní faktory.**
- **Zdravotní stav** (onemocnění CNS, DM, polytraumata, anémie, kardiaci, depresivní jedinci, popáleniny, chirurgičtí pacienti (extenze), dlouhé operační výkon aj.). (1,5,8)

PREDILEKČNÍ MÍSTA

Jsou oblasti, kde se kosti nacházejí lehce pod povrchem kožního krytu a nejsou, tak izolovány dostatečnou vrstvou tuku. (1, 7) Níže jsou rozlišena dle aktuální polohy pacienta, kterou v daný moment zaujímá:

V poloze na zádech:

- oblast nad kostí tylní;
- oblast nad trnem 7. krčního obratle;
- trny lopatek a loketních kloubů;
- oblast kosti křížové;
- okolí patních kostí (viz. Příloha č. 1). (1, 3, 7)

V poloze na boku:

- plocha nad kostí spánkovou;
- plocha nad ramenním a loketním kloubem;
- plocha nad kyčelním kloubem;
- zevní oblast kolenního kloubu;
- prostor mezi koleny a okolí zevního kotníku (viz. Příloha č. 2). (1, 3, 7)

V poloze na břiše:

- oblast nad lícní kostí;
- čelo, ucho, brada;
- hřebeny kyčelních kostí;
- kolena;
- plocha nad palci a nártu (viz. Příloha č. 3). (1,3,7)

b) Vlastní postup k vykonání ošetrovatelského postupu:**IDENTIFIKACE RIZIKOVÉHO PACIENTA**

Všeobecná sestra provede u každého nově přijatého pacienta k hospitalizaci v rámci vstupního screeningu zhodnocení rizika vzniku dekubitů prostřednictvím hodnotící škály **Rozšířená stupnice podle Nortonové** (viz. Příloha č. 4) a to nejlépe do 24 hodin od přijetí pacienta k hospitalizaci. Riziko vzniku dekubitů vzniká při výsledném součtu **25 bodů a méně**. (6,8)

JE-LI PACIENT PROSTŘEDNICTVÍM HODNOTÍCÍ ŠKÁLY IDENTIFIKOVÁN JAKO RIZIKOVÝ, VŠEOBECNÁ SESTRA PROVEDE:

- ✓ zápis o riziku vzniku dekubitu do ošetrovatelské dokumentace;
- ✓ zápis o riziku vzniku dekubitu do denního hlášení sester;
- ✓ sestaví a zpracuje ošetrovatelský plán;
- ✓ označí pacientův identifikační náramek zelenou přelepku;
- ✓ označí desky pacientova chorobopisu zelenou přelepku;
- ✓ napíše na přehledovou tabuli ke jménu rizikového pacienta zkratku RVD (riziko vzniku dekubitu);
- ✓ informuje o tomto riziku daného pacienta, rodinu, lékaře a ošetřující personál;
- ✓ poskytuje, co nejlepší individualizovanou preventivní péči a k pacientovi přistupuje jako k holistické bytosti. (5, 12)

NA ZÁKLADĚ SESTAVENÉHO OŠETŘOVATELSKÉHO PLÁNU, VŠEOBECNÁ SESTRA APLIKUJE NA RIZIKOVÉHO PACIENTA PREVENTIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ INTERVENCE:

- **Zajistí úpravu lůžka:**
 - dbá o dokonale upravené, čisté, suché a vypnuté lůžko;
 - dbá o to, aby na sobě pacient neměl propoceně a zmačkané osobní; prádlo (košile, anděly aj.);
 - dává pozor na otlaky způsobené drobečky z jídla nebo otlaky způsobené zapomenutými krytkami a uzávěry od jehel, infuzí či krémů. (9,10)
- **Zajistí hygienu a péči o pokožku:**
 - dbá o to, aby měl pacient pokožku čistou, suchou a promaštěnou;
 - využívá ochranných prostředků na kůži (pěny, aerosoly, pasty, zinkové masti, vazelíny);
 - pokožku nesuší plošným třením, ale jemnými poklepy, čímž sníží riziko vzniku mikroragád;
 - nemasíruje predilekční místa, v opačném případě hrozí poškození hlouběji uložených tkání a pokožky;
 - u inkontinentních pacientů sleduje stav plen a lůžkovin, včasnou výměnou předejde maceraci pokožky. (1,3,4,9)

- **Zajistí polohování pacienta:**

- dodržuje polohování pacienta dle systému polohovacích hodin;
- změnu polohy u pacienta provádí ve dne po 2 hodinových intervalech a v noci po 3 hodinách;
- při každé změně polohy zkontroluje stav pacientovy pokožky, jeli zarudlá, zkrátí původní časový interval pro změnu polohy;
- o každé změně polohy provádí zápis do ošetrovatelské dokumentace;
- během polohování pacienta nadzdvihuje, netáhne ho po podložce, předejde, tak třecí a střížné síle;
- využívá během polohování pomůcky doplňující lůžko a také pomůcky polohovací a antidekubitární;
- nezvedá trup pacienta do vyšší polohy než je 30°, předejde, tak přenesení zvýšeného tlaku na sakrální oblast. (3)

- **Zajistí dostatečnou výživu a hydrataci pacienta:**

- sleduje a zapisuje u pacienta bilanci tekutin a množství přijaté stravy;
- spolupracuje s lékařem a nutričním terapeutem;
- na základě ordinace lékaře podává tekuté výživové doplňky bohaté na vlákninu a bílkoviny;
- edukuje pacienta a také jeho rodinu. (3,9)

VŠEOBECNÁ SESTRA PROVEDE PRAVIDELNÉ PŘEHODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITŮ:

- Pravidelně **1 x denně** u pacientů, kteří vzešli při vstupním screeningu jako rizikový pro vznik dekubitů.
- Pravidelně **1 x týdně** u pacientů, kteří při vstupním screeningu nevzešli jako rizikový pro vznik dekubitů.
- Vždy **při změně** pacientova **zdravotního stavu**.
- Vždy **při překladi** pacienta.
- ⇒ Po každém přehodnocení provede zápis do ošetrovatelské dokumentace. (5, 8, 12)

KOMPLIKACE

Vznik dekubitu i přes veškeré dodržení daných ošetrovatelských intervencí.

KRITÉRIA K AUDITU (OVĚŘOVACÍ LIST)

- 1) Všeobecná sestra je schopná definovat, co je to dekubitus. **ANO NE**
- 2) Všeobecná sestra zná místní rizikové faktory, které ovlivňují vznik dekubitů.
ANO NE
- 3) Všeobecná sestra zná celkové rizikové faktory, které ovlivňují vznik dekubitů.
ANO NE
- 4) Všeobecná sestra je schopná definovat predilekční místa, dle aktuální polohy, kterou pacient zaujímá. **ANO NE**
- 5) Všeobecná sestra provádí při vstupním screening u každého nově přijatého pacienta zhodnocení rizika vzniku dekubitů pomocí rozšířené stupnice podle Nortonové. **ANO NE**
- 6) Všeobecná sestra zná výsledný součet bodů, při kterém je pacient dle rozšířené stupnice podle Nortonové považován za rizikového. **ANO NE**
- 7) Při identifikaci rizikového pacienta provede všeobecná sestra označení pacientova identifikačního náramku a desek chorobopisu zelenou přelepku.
ANO NE
- 8) Při identifikaci rizikového pacienta umístí všeobecná sestra na přehledovou tabuli ke jménu rizikového pacienta zkratku RVD. **ANO NE**
- 9) Při identifikaci rizikového pacienta provede všeobecná sestra zápis do ošetrovatelské dokumentace a denního hlášení. **ANO NE**
- 10) Při identifikaci rizikového pacienta sestaví všeobecná sestra plán ošetrovatelské péče. **ANO NE**
- 11) Všeobecná sestra zná ošetrovatelské intervence v prevenci vzniku dekubitů.
ANO NE
- 12) Všeobecná sestra provádí přehodnocení rizika vzniku dekubitů dle standardu ošetrovatelské péče. **ANO NE**

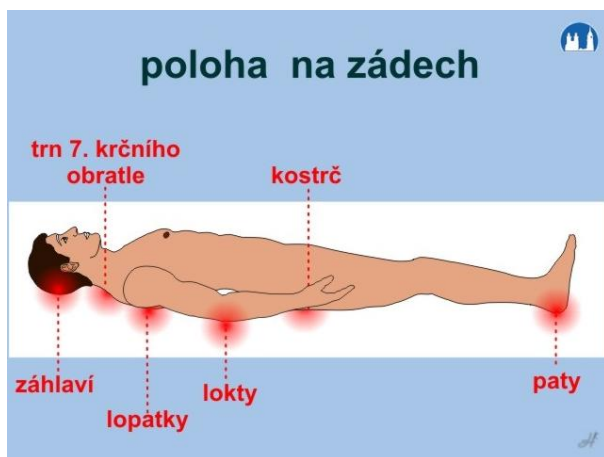
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Obr. 1 Predilekční místa v poloze na zádech.

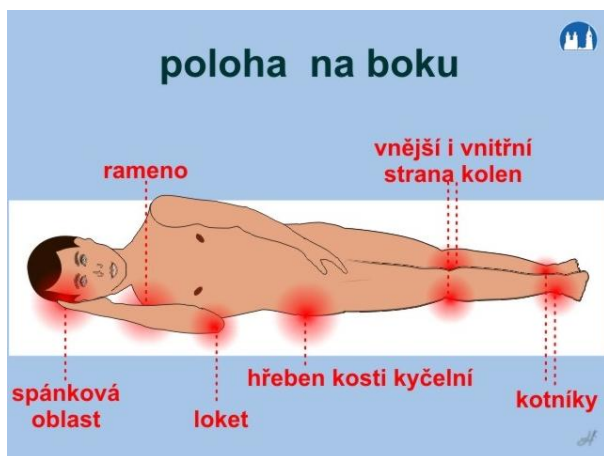
Příloha č. 2 – Obr. 2 Predilekční místa v poloze na boku.

Příloha č. 3 – Obr. 3 Predilekční místa v poloze na břiše.

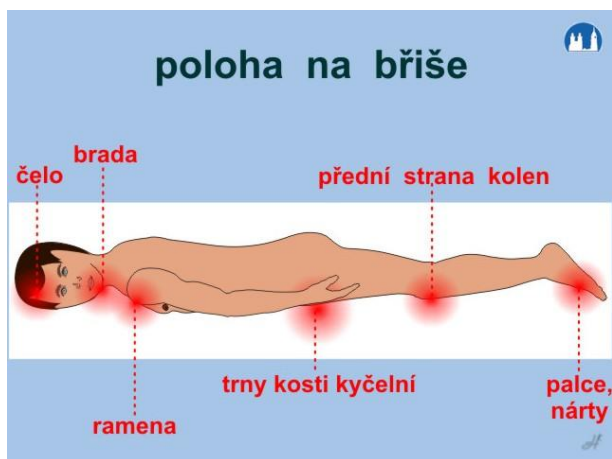
Příloha č. 4 – Tab. 1 Rozšířená stupnice podle Nortonové



Obr. 1 Predilekční místa v poloze na zádech. (13)



Obr. 2 Predilekční místa v poloze na boku. (13)



Obr. 3 Predilekční místa v poloze na břiše. (13)

Tab. 1 Rozšířená stupnice podle Nortonové (8)

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění dle odpovídajícího stupně	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie, anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká		špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

Zdroje:

1. HOFFMANNOVÁ, Petra, Lenka PLÍVOVÁ. *Základy ošetrovatelské péče, 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, s. 77-84. ISBN 978-80-7372-340-8.
2. HŮSKOVÁ, Jitka, Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty: Pracovní sešit I/1. díl*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 9. ISBN 978-80-247-2852.
3. KALVACH, Zdeněk a kolektiv. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 200-205. ISBN 978-80-247-2490-4.

4. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kol. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I: aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 42-57. ISBN 80-247-1442-6.
5. MIKULA, Jan, Nina MÜLLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, [96 s.]. ISBN 978-80-247-2043-2.
6. POKORNÁ, Andrea, Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, s. 13, 112-121. ISBN 978-80-247-3371-5.
7. ROZSYPALOVÁ, Marie, Marta STAŇKOVÁ. *Ošetrovateľství I/1: pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: INFORMATIUM, 1999, s. 154-157. ISBN 80-86073-39-4.
8. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 62-68. ISBN 80-7013-324-4.
9. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 113, 122, 150-152, 183. ISBN 978-80-247-3419-4.
10. WORKMAN, Barbara A., Clare L. BENNET. *Klíčové dovednosti sester*. [Key Nursing Skills]. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 76-78. ISBN 80-247-1714-X.
11. Standardy ošetrovateľské péče - Příloha 5 - Šablona standardního postupu *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 27. 06. 2014, 17:47 [vid. 2013-02-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecidokumenty/standardy-osetrovatelske-pece_7399_2849_29.html
12. STORKOVÁ Jitka, Ingeborg KOBOSILOVÁ. *Pracovní postup: SOŠP č. 3 – Prevence a ošetrovateľská péče o pacienta s poruchou kožní integrity – dekubity*. Liberec: Krajská nemocnice Liberec, a.s..
13. Výuka - Terapie. *Multimediální тренажёр plánování ošetrovateľské péče* [online]. 22. 06. 2014, 18:58 [vid. 2012-31-12]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=110>